

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1930 — N° 6

ÉTUDE SUR LA TUBERCULOSE
DES
TRAVAILLEURS INDIGÈNES ALGÉRIENS
DANS LES GRANDES VILLES
(FRANCE ET ALGÉRIE)

De son Expansion des Centres vers les Campagnes

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 30 Avril 1930

PAR

André ALBOU

Né à Alger, le 5 Mai 1905

Membres du Jury :

MM. AUBRY, Professeur de Clinique Médicale.

CHASSEVANT, Professeur d'Hygiène, d'Hydrologie et de Climatologie.

RAYNAUD, Professeur de Clinique des maladies des pays chauds et des
maladies syphilitiques et cutanées.

LEBON, Agrégé (Médecine).

Président.

Juges.

ALGER
IMPRIMERIE MODERNE
2, Boulevard Laferrière, 2

1930

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1930 — N° 6

ÉTUDE SUR LA TUBERCULOSE
DES
TRAVAILLEURS INDIGÈNES ALGÉRIENS
DANS LES GRANDES VILLES
(FRANCE ET ALGÉRIE)

De son Expansion des Centres vers les Campagnes

—  —
THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 30 Avril 1930

PAR

André ALBOU

Né à Alger, le 5 Mai 1905

Membres du Jury :

MM. AUBRY, Professeur de Clinique Médicale.

CHASSEVANT, Professeur d'Hygiène, d'Hydrologie et de Climatologie.

RAYNAUD, Professeur de Clinique des maladies des pays chauds et des
maladies syphilitiques et cutanées.

LEBON, Agrégé (Médecine).

Président.

Juges.

ALGER
IMPRIMERIE MODERNE
2, Boulevard Laferrière, 2

—
1930

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN
DOYEN HONORAIRE
ASSESSEUR

MM. LEBLANC (*, *, I. U).
HERAIL (*, I. U).
GILLOT (I. U),

PROFESSEURS

Clinique ophtalmologique.....
Clinique médicale infantile
Clinique des maladies des pays chauds,
des maladies syphilitiques et cutanées.
Clinique chirurgicale.....
Clinique obstétricale et puériculture du
1^{er} âge.....
Clinique chirurgicale infantile et d'ortho-
pédie
Clinique médicale.....
Histologie et embryologie.....
Anatomie pathologique.....
Chimie biologique et toxicologie.....
Hygiène, hydrologie et climatologie...
Physiologie
Pharmacie
Médecine légale.....
Anatomie.....
Microbiologie et cryptogamie.....
Physique médicale.....
Anatomie médico-chirurgicale et méde-
cine opératoire.....
Parasitologie et zoologie médicale.....
Chimie minérale et organique
Botanique et matière médicale.....
Pathologie générale et pathologie médic.
Thérapeutique.....

MM. CANGE (*, I. U).
GILLOT (I. U).

RAYNAUD (*, *, I. U).
COSTANTINI (*, *, A. U).

LAFFONT (*, *, I. U).

LOMBARD (*, I. U).
AUBRY (*, *, A. U).
WEBER (*, *, I. U).
POUJOL (I. U).
MAILLARD (*, I. U).
CHASSEVANT (0. *, I. U, 0. *).
TOURNARD (O. *, *, I. U).
MUSSO (I. U).
GIRAUD (O. *, *, A. U).
LEBLANC (*, *, I. U).
PINOY (*, I. U).
PORTES (*, *, I. U)

CABANES (*, *, I. U).
SENEVET (*, A. U).
WUNSCHENDORFF (I. U).
N...
N...
N...

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD (*, I. U).
VINCENT (*, I. U).

MM. HERAIL (*, I. U).
SOULIE (*, I. U).

CHARGÉS DE COURS

Enseignement théorique des élèves
sages-femmes.....
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....

MM. FUSTER (*, *, I. U).
H. ABOULKER (*, *).

AGRÉGÉS

Chirurgie.....

Médecine.....
Physiologie.....
Anatomie.....
Chimie médicale.....
Obstétrique.....
Histologie.....
Histoire naturelle pharmaceutique....



MM. DUBOUCHER (I. U).
FERRARI (I. U).
MOGGI (*).
POROT (A. U).
LEBON (*, *).
HERMANN (*, A. U).
RIBET (*).
N...
HOUEL (*, *, A. U).
COURRIER (*).
FOURMENT.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Je dédie cette Thèse

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE PROSPER SUDAKA

Mort pour la France.

A MA GRAND-MÈRE

A MA MÈRE, A MON PÈRE

*Faible témoignage d'amour filial
et de profonde reconnaissance pour
tous les sacrifices qu'ils se sont imposés
pour moi.*

A MA SŒUR, MON BEAU-FRÈRE ET MON NEVEU

A MES TANTES ET ONCLES

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ARDIN-DELTEIL

Professeur de Clinique Médicale

Doyen de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie
d'Alger

Chevalier de la Légion d'Honneur

In Memoriam.

A NOTRE MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR LUCIEN RAYNAUD

Médecin des Hôpitaux

Inspecteur Général du Service Central de l'Hygiène publique
et de la Médecine préventive

Délégué Français au Comité d'Hygiène
de la Société des Nations

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse, nous a guidé dans nos recherches
et aidé de ses conseils éclairés.*

*Bien faible témoignage de reconnaissance pour l'enseignement qu'il
nous a donné et pour les marques de
sympathie qu'il nous a toujours prodiguées.*

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR G. AUBRY

Professeur de Clinique Médicale

Chevalier de la Légion d'Honneur

Décoré de la Croix de Guerre

Qui a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre Thèse.

Nous le remercions profondément pour l'aide précieuse qu'il nous a apportée et les conseils nombreux qu'il nous a donnés pour mener à bien notre travail.

A NOS MAITRES ET JUGES :

MONSIEUR LE DOCTEUR A. CHASSEVANT

Professeur d'Hygiène, d'Hydrologie et de Climatologie

Officier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

MONSIEUR LE DOCTEUR M. RAYNAUD

Professeur de Clinique des maladies des pays chauds
et des maladies syphilitiques et cutanées

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

MONSIEUR LE DOCTEUR LEBON

Médecin des Hôpitaux

Professeur Agrégé de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

*En gage de profonde reconnaissance
pour leur précieux enseignement
et pour la grande bienveillance qu'ils
nous ont toujours témoignée.*

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX :

MM. LE PROFESSEUR GILLOT

LE PROFESSEUR COSTANTINI

LE PROFESSEUR ARDIN-DELTEIL (*In Memoriam*)

LE DOCTEUR E. GOINARD

LE DOCTEUR LEBON

LE DOCTEUR BENHAMOU

LE PROFESSEUR M. RAYNAUD

LE PROFESSEUR LAFFONT

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A NOS MAÎTRES DE L'INSTITUT D'HYGIÈNE
ET DE MÉDECINE COLONIALE DE L'AFRIQUE DU NORD

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

MASSONET

Inspecteur départemental d'Hygiène

Directeur de la Santé Maritime

H. FOLEY

Chef de Service à l'Institut Pasteur d'Alger

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

G. LEMAIRE

Médecin des Hôpitaux

Directeur du Bureau d'Hygiène de la ville d'Alger

GAVARD

Médecin de colonisation hors-classe

Assistant au Service Central d'Hygiène

A MADAME H. DUCROS-ROUGEBIEF

Docteur ès-sciences

Chef de Laboratoire à l'Institut Pasteur d'Alger

A MESSIEURS GEROLAMI, M. MERCIER

Faible témoignage de reconnaissance pour les renseignements et les documents qu'ils ont bien voulu nous donner pour l'élaboration de notre travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. VALENSI

Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HOUEL

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. AZOULAY

Ex-Chef de Clinique Médicale

*Qui fut pour nous un Maître et un
ami. En gage de profonde et respec-
tueuse reconnaissance pour ce qu'il fit
pour nous.*

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

L. COLONIEU

C. VERGOZ

L. SABADINI

P. SUDAKA

Chef et anciens Chefs de Clinique à la Faculté d'Alger

A MONSIEUR LE DOCTEUR BURE

Hommage respectueux.

INTRODUCTION

Lors de nos études en vue de l'obtention du Diplôme d'Hygiène, notre Maître, M. le Docteur Lucien Raynaud, attira notre attention sur la question, tellement d'actualité, de la tuberculose chez les Musulmans d'Algérie, et nous conseilla d'en étudier les facteurs de propagation.

Par ailleurs, nos années d'études à l'Hôpital de Mustapha nous avaient montré combien pénible était le tableau des tuberculeux indigènes, revenus de France où ils avaient été travailler. Nous avons pu faire maintes fois le diagnostic de phtisie pulmonaire sur les seules constatations de toux, et de réponse affirmative à la question : « As-tu été en France? ».

De là découle notre travail. Nous avons voulu montrer combien meurtrière était la « Grande Ville » pour le campagnard d'Algérie, et apporter notre faible concours au cri d'alarme qui s'élève de toutes parts en Algérie (aussi bien d'ailleurs qu'en Tunisie et qu'au Maroc) : la Tuberculose ravagé de plus en plus nos populations indigènes, et si nous n'y prenons garde, sèmera la mort et la ruine dans notre Colonie, aujourd'hui parée pour fêter le Centenaire de l'Occupation Française.

Dans un premier chapitre, nous étudierons la Tuberculose chez les populations indigènes d'Algérie.

Puis, dans un deuxième chapitre, nous verrons quels furent les changements survenus dans la vie des autochtones du fait de la guerre. En particulier, nous ferons une étude du mouvement d'émigration en France des travailleurs. Dans un troisième chapitre, nous exposeront comment se fait l'expansion de la tuberculose vers

les campagnes. Dans le quatrième chapitre enfin, nous étudierons les mesures hygiéniques appliquées jusque là, et surtout celles qui s'imposent si l'on veut épargner les populations encore saines. Nous essayerons de donner, sur les conseils de notre Maître M. L. Raynaud, un plan de lutte contre le fléau en Algérie. Ces mesures ne pourront avoir d'effets qu'après de nombreuses années d'efforts, et demanderont des crédits importants : pourtant, sans se laisser décourager par l'immensité de la tâche, il faut lutter ; l'avenir de toute une race et celui de notre Colonie, est en jeu.

Il nous faut, dès l'abord, nous excuser sur l'imperfection de cette étude que nous aurions voulue plus démonstrative, plus précise et plus exacte surtout. Malheureusement, sur ce sujet, toutes précisions manquent. Il nous a fallu renoncer à connaître le nombre de travailleurs indigènes soignés en France pour tuberculose ou autres maladies. Et même pour l'Algérie, les chiffres manquent ou sont approximatifs.

Que l'on nous pardonne donc si, souvent, nous nous basons sur les impressions de Médecins hautement qualifiés qui ont leur valeur, sans fournir de précisions.

CHAPITRE PREMIER

La Tuberculose chez les Musulmans d'Algérie

HISTORIQUE. — En Algérie, la population autochtone se compose de Berbères (Kabyles, M'zabites) Arabes et Noirs (Soudanais et Haratins).

Ces populations ont-elles été atteintes de tuberculose avant la conquête? Très peu de documents permettent de répondre avec exactitude à cette question. Pourtant, il semble qu'elle existait dans les ports, et sur le littoral, mais qu'elle était inconnue à l'intérieur des terres. La raison en est simple : alors que les Européens, civilisés et tuberculisés, fréquentaient, pour leur commerce, les rades et les stations de pêche établies sur la côte Barbaresque, y répandant leurs bacilles (peu abondamment d'ailleurs, car ils ne se mêlaient guère aux indigènes, sauf les esclaves enlevés sur les côtes méditerranéennes et sur les bateaux pillés, qui vivaient dans les familles) ces Européens ne pénétraient pas au cœur du pays.

Par suite de l'inexistence des routes, des difficultés de communications (pillards), l'infection restait cantonnée dans les villes, et s'attaquait beaucoup aussi aux Israélites, très souvent en rapports avec les Européens pour leur commerce, ce qui leur permettait de faire des formes atténuées.

Vint la Conquête; pendant les premiers temps, l'état exposé ci-dessus persiste... Les médecins militaires, dans leurs rapports ou leurs ouvrages, s'occupent de la phthisie pulmonaire.

Bertherand, dans son œuvre: « Médecine et Hygiène des Arabes », paru en 1855, dénonce la tuberculose en Algérie, mais il nous faut remarquer que les villes importantes fournissent seules ses observations. Or, ces villes ont été déjà, avant la Conquête, fréquentées par les Européens.

Dans la thèse de Tremsal: « Un Siècle de Médecine Coloniale Française », nous relevons les citations suivantes :

Bertherand (1855): « ...Nous devons affirmer que les maladies du poulmon ne sont pas rares chez les Arabes... La race arabe est sujette à la phtisie, maladie du reste observée et signalée sur différents points habités par les Indigènes... »

Fouqueron (1833): « ...Les maladies de poitrine sont très rares... »

Broussais (1846): « ...Cette maladie est sans doute beaucoup moins fréquente dans notre possession africaine qu'en France. »

Après ces affirmations de rareté de la tuberculose en Algérie, nous trouvons d'autres auteurs qui ont une opinion contraire :

Finot (1844): « ...Les Arabes meurent par le poulmon bien plus fréquemment que les Européens, à Blida du moins. »

(Encore que cette affirmation vise peut-être les affections pulmonaires non tuberculeuses, assez fréquentes en effet chez l'Indigène).

Armand (1844): « ...On sait qu'Arabes et Nègres ne sont pas exempts de phtisie... elle serait même très fréquente parmi eux, au dire du tébib Ben-Chaoua... »

Bertrand (1867): « ...excessivement rare, au point que sa rareté a servi à étayer la théorie de l'antagonisme entre la phtisie pulmonaire et la fièvre intermittente... »

Masse : « ...Il y a des phtisiques parmi les Arabes... Nous avons pratiqué dans les trois provinces d'Algérie, et nous pouvons affirmer que nous y avons trouvé la phtisie pulmonaire partout où nous avons pu la rechercher... »

Ainsi, de ces opinions diverses, nous pouvons tout de même conclure que la phtisie existait en Algérie, mais certainement peu développée, pour que le désaccord ait pu se faire entre médecins.

Les années passèrent... de plus en plus, la tuberculose est signalée chez les Arabes.

En 1905, Brault, dans son ouvrage : « Pathologie et Hygiène des Indigènes Musulmans », dit :

« ...Cet accroissement, bien dépisté par la statistique de l'armée, existe également pour la population civile ; la tuberculose était moins fréquente autrefois... Il serait intéressant de pouvoir donner des statistiques fermes ; mais, en dehors des villes, rien, que je sache, n'a encore été fait dans ce sens... »

En 1905, au Congrès International de la Tuberculose, à Paris, Brunswic-le-Bihan et Vidal présentent des rapports sur la tuberculose des Indigènes.

« Les résultats des recherches me permettent d'attribuer à la tuberculose une part considérable dans la morbidité et la mortalité des enfants chez les Indigènes d'Algérie. Les facteurs sociaux de la phtisie infantile, chez les Indigènes algériens, ne sont pas en tous points semblables à ceux qui agissent en France.

« L'alcool, ce grand pourvoyeur de la phtisie, ne vient pas ici en première ligne, alors que l'insalubrité du logement prend une très grande importance. » (Vidal).

En 1908, Crespin signale aussi :

« ...il semble bien que la tuberculose était autrefois

plus rare en Algérie qu'aujourd'hui, moins répandue chez l'Indigène qu'elle l'est actuellement. »

Puis l'Institut Pasteur d'Algérie, sur les conseils de Calmette, entreprend, sous la direction de MM. Parrot et Foley, à partir de 1911, l'étude de l'imprégnation tuberculeuse des indigènes algériens par l'épreuve de la cuti-réaction à la tuberculine (Von Pirquet).

Aidés par des médecins civils et militaires du « bled » ils réunissaient en 1922 plus de 8.000 cutis, et depuis, ont encore étudié plusieurs agglomérations (voir tableau). A cette date, MM. Parrot et Foley, arrivaient à ces conclusions :

1° L'infection tuberculeuse latente, telle qu'elle nous est révélée par la réaction de Von Pirquet, est moins répandue chez les Indigènes musulmans d'Algérie (Sahara compris), que chez la plupart des populations d'Europe. Le pourcentage moyen des cuti-réactions positives s'y exprime cependant par un chiffre supérieur aux chiffres fournis par certaines peuplades primitives de l'Afrique Occidentale ou Equatoriale (Sénégal, Guinée, Cameroun, etc...) ;

2° L'infection tuberculeuse atteint, en général, son maximum de fréquence sur le littoral, son minimum au Sahara ;

3° Dans les trois grandes régions qui forment la Colonie (Littoral tellien, Hauts-Plateaux, Sahara), le degré d'infection des musulmans est fonction des facteurs suivants :

a) Voisinage des Européens: l'infection croît avec la proximité de ce voisinage, l'ancienneté de l'importance numérique de la pénétration européenne; elle dépend encore des conditions locales — géographiques, économiques et sociales — qui favorisent, multiplient, prolongent

gent ou, au contraire, raréfient les contacts entre Européens et Indigènes.

b) Origine ethnique: les indigènes de race blanche (Arabes et Berbères) donnent un pourcentage de cutiréactions positives supérieur au pourcentage fourni par les Indigènes de race colorée (Haratin-négroïdes) et nègres. D'autre part, les populations de langue arabe sont proportionnellement plus infectées de tuberculose que les populations de langue berbère.

c) Habitat: pour toutes les régions et pour toutes les races, les nomades de tente et les Indigènes sédentaires épars sont moins infectés de tuberculose que les Indigènes sédentaires agglomérés en villages.

4° L'infection tuberculeuse atteint son plus haut degré de fréquence dans les populations indigènes agglomérées et sédentaires qui vivent en contact permanent avec les Européens ou *qu'un courant de migration temporaire amène à leur contact*. (C'est nous qui soulignons).

5° Par là se trouvent vérifiées et confirmées les notions actuellement admises en ce qui concerne l'interdépendance de l'isolement socio-géographique des peuples à civilisation attardée, et de leur faible degré d'infection tuberculeuse. »

Cette si intéressante étude nous montre bien la dispersion du bacille de Koch parmi les Indigènes, mais elle ne nous renseigne pas sur le nombre de tuberculoses cliniquement constatables. A ce sujet, les statistiques sont inexistantes.

Pourtant, nous pouvons nous fier aux impressions de médecins qui, exerçant depuis de longues années en Algérie, croient que la tuberculose était relativement peu répandue parmi les autochtones avant la guerre.

CUTI-RÉACTIONS A LA TUBERCULINE CHEZ LES INDIGÈNES MUSULMANS D'ALGÉRIE

TABEAU RÉCAPITULATIF DES STATISTIQUES

Dans ce tableau, le 1^{er} chiffre (à gauche) exprime le nombre de cuti-réactions positives. Le 2^e, le nombre de cutis pratiquées. Ce tableau a été construit en faisant rentrer dans celui paru en 1922 (Archives de l'Institut Pasteur d'Algérie), les résultats connus depuis lors jusqu'en 1929, et que nous avons recueillis dans la collection de ces mêmes archives.

LOCALITÉS	Date de l'enquête	De 1 jour à 1 an	De 1 an à 5 ans	0/0	De 6 ans à 15 ans	0/0	TOTAL de 1 à 15 ans	0/0	De 16 ans et au-dessus (Adultes)	0/0	TOTAL enfants + Adultes (1)	INDEX TOTAL a + b $\frac{\quad}{2}$	OBSERVATIONS
Alger	1911-16	1 sur 51	10 sur 50	20	34 sur 65	52.3	44 sur 115	38.2	5 sur 7	71.4	49 sur 122	54.8	
Aïn-Bessem	1915	0 — 3	1 — 4	»	11 — 17	»	12 — 21	57.1	173 — 249	69.4	185 — 270	63.2	
Arba (bourg) ...	1912	1 — 6	5 — 17	»	11 — 21	»	16 — 38	42.1	32 — 45	71.1	48 — 83	56.6	
» (banlieue) ..	1912	0 — 11	4 — 44	»	22 — 54	40.7	26 — 98	26.5	49 — 56	87.5	75 — 154	57.3	
« (à 10 kilom.)	1912	0 — 21	9 — 68	13.2	27 — 107	25.2	36 — 175	20.5	62 — 104	59.6	98 — 279	40	
Duzerville	1911-12	0 — 32	20 — 112	17.8	40 — 116	34.4	60 — 228	26.3	7 — 9	77.7	67 — 237	52	
TOTAL I.		1 — 124	49 — 295	16.6	145 — 380	38.1	194 — 675	28.7	328 — 470	69.7	522 — 1145	49.2	
Gambetta	1914	0 — 44	61 — 275	22.1	106 — 213	49.7	167 — 488	34.2	»	»	167 — 488	»	
Barika	1916	0 — 61	69 — 446	15.4	233 — 556	41.9	302 — 1002	30.1	»	»	302 — 1002	»	
El-Kantara	1918	2 — 25	4 — 35	»	54 — 126	42.8	58 — 161	36	6 — 7	85.7	64 — 168	64.2	
Méchéria	1922	0 — 2	1 — 17	5.8	30 — 100	30	31 — 82	37.5	77 — 121	63.6	108 — 203	62.2	Nomades proches.
Géryville	1922	0 — 2	4 — 30	13.3	30 — 65	46.1	34 — 130	26.1	51 — 79	64.5	85 — 209	50.6	Nomades éloignés.
Aïn-Sefra (Ksar).	1923	0 — 135	116 — 328	35.3	218 — 423	51.5	333 — 751	44	207 — 284	73	541 — 1035	58	Camps de miséreux après la famine.
	1923	0 — 1	25 — 77	32.4	71 — 130	54.6	96 — 207	46.3	56 — 100	56	152 — 307	51	Versant saharien des H.P. oranais.
TOTAL II.		2 — 270	280 — 1208	23.17	742 — 1613	46	1022 — 2821	36.22	397 — 591	67.17	1419 — 3412	51.69	

HAUTS-PLATEAUX

TELL

SAHARA

Biskra	1922	0 — 101	80 — 194	41 2	154 — 262	58.7	234 — 456	51.3	182 — 246	73.9	416 — 702	62.6
El-Oued	1920	0 — 93	51 — 273	21.5	239 — 424	56.3	290 — 661	43.8	164 — 217	75.5	454 — 878	59.7
Ouargla	1919	0 — 14	16 — 76	21.1	84 — 267	31.4	100 — 343	29.1	99 — 188	52.6	199 — 531	40.8
El-Goléa	1920	2 — 26	9 — 50	18	54 — 250	21.6	63 — 300	21	30 — 120	25	93 — 420	23
Temassinine	1918	»	1 — 13	»	1 — 18	»	2 — 31	6.4	11 — 45	24.4	13 — 76	15.4
Tidikelt	1918	0 — 18	8 — 74	10.8	80 — 245	32.5	88 — 319	27.5	106 — 198	53.5	194 — 517	40.5
Hoggar	1919	0 — 3	3 — 36	»	22 — 56	39.2	25 — 92	27	133 — 236	56.3	157 — 328	41.6
Figuiq	1914-19	0 — 11	3 — 93	3.2	38 — 205	18.5	41 — 298	13.7	69 — 176	39.2	110 — 474	26.4
Touat-Gourara ..	1913	0 — 19	11 — 99	11.1	49 — 136	26.3	60 — 235	25.5	194 — 337	57.5	254 — 572	41.5
Colomb-Béchar ..	1923	0 — 12	7 — 68	10.3	26 — 75	34.6	33 — 143	23	117 — 237	49	150 — 380	36
Colomb-Béchar ..	1923	0 — 5	13 — 59	22	30 — 63	47.6	43 — 122	35	118 — 183	64	161 — 305	49.5
Ksar Ouakda	1923	1 — 11	6 — 57	10.5	34 — 93	36.5	40 — 150	26	108 — 147	74	148 — 297	50
Timimoun	1923	»	»	»	»	»	82 — 219	37.4	56 — 108	51.8	138 — 327	44.6
Ouled-Saïd	1923	»	»	»	»	»	31 — 125	24.8	63 — 126	50	94 — 251	41
Figuiq	1927	0 — 56	27 — 245	11	111 — 447	24.8	138 — 692	19.9	30 — 52	57.7	168 — 744	38.8
Zibans	»	0 — 118	106 — 286	37	219 — 366	59.8	325 — 652	49.8	255 — 342	74.5	580 — 994	62.2
M'zab	1922	»	17 — 49	34.7	243 — 482	50.4	260 — 531	48	2 — 3	»	»	»
Bou-Denib	1928-29	2 — 94	14 — 96	14.5	35 — 124	28.2	49 — 220	22.2	32 — 56	57.1	81 — 276	39.7
Total III		5 — 581	372 — 1732	21.4	819 — 3513	23.3	1904 — 5589	34	1769 — 3017	58.6	3411 — 8072	46.3
Total I, II et III		8 — 975	701 — 3235	21.53	1706 — 5506	30.98	3130 — 9085	34.34	2494 — 4078	61.15	5352 — 12629	47.74

(1) Les enfants de 1 jour à 1 an ne sont pas compris dans ce total.

L'un de ces médecins, depuis longtemps en Kabylie, M. le docteur Meinard, de Rebeval, avait signalé en 1904 qu'il existait quelques cas de tuberculose dans sa circonscription.

« ...C'est dans ce milieu (la Kabylie) que la tuberculose évoluait déjà avant la guerre avec le plus d'intensité, ce qui paraît un paradoxe, à première vue, car les villages y sont accrochés à des montagnes ou sur des pics ensoleillés et fortement ventilés, pareils à des nids d'aigles.

Avant notre domination, les habitants d'un même village avaient à se défendre contre ceux du village voisin qui cherchaient à les razzier, et choisissaient, pour y parer, des positions fortes et d'accès difficile. Leurs mœurs les poussaient aussi, pour garantir leurs femmes contre un œil indiscret, à ne faire à leurs habitations que des ouvertures à dimensions très restreintes. Ces mêmes individus voyagent maintenant beaucoup, grâce à nos moyens modernes de locomotion, pour aller gagner au loin des salaires nécessaires à l'existence de leurs familles, et que ne leur donnent point leurs terres souvent ingrates ou trop petites. Ils contractent quelquefois le germe de la tuberculose dans nos agglomérations; et, de retour chez eux, le sèment dans leurs maisons, où n'existe aucune règle d'hygiène, encore moins de contrôle et de désinfection. Aussi, l'affection évolue-t-elle en parfaite quiétude. » (Meinard, in Rapport sur la tuberculose des soldats indigènes).

Mais alors que la Kabylie présentait déjà quelques cas, le restant du territoire algérien était peu contaminé, les grandes villes ayant cependant un assez grand nombre de tuberculeux indigènes. Le Sud, lui, était presque indemne de phtisie, les seuls cas constatés l'étant sur des indigènes venus du Nord.

Etat actuel des Populations Musulmanes vis-à-vis de la Tuberculose.

Vint la guerre... puis les années de convalescence suivirent, amenant le retour au calme, à l'observation, et de différents côtés, le cri d'alerte s'éleva. Nos médecins de colonisation, en leurs rapports, signalèrent l'inquiétante progression de la tuberculose dans leurs circonscriptions. Les médecins des hôpitaux, dans les villes, virent leurs salles envahies de bacillaires musulmans, que ne pouvaient plus recueillir les services spéciaux, débordés.

Les dispensaires, créés depuis peu, suivirent un grand nombre de citadins indigènes atteints du terrible mal.

Devant cette unanimité, et pour mesurer l'adversaire avant de le combattre, on procéda, en 1929, sous la direction de M. le docteur L. Raynaud, à une enquête parmi les médecins d'Algérie. Le texte du questionnaire était ainsi conçu :

I. — Enquête sur la situation sanitaire au point de vue de la tuberculose en Algérie.

Il est entendu que l'enquête va porter sur la population indigène : arabe, berbère (Kabyles, Mozabites), noire (Soudanais, Harratin).

Il est demandé :

- 1° Aux médecins des hôpitaux ;
- 2° Aux chefs des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse d'Alger, Oran et Constantine ;
- 3° Aux médecins de colonisation et aux médecins chefs des infirmeries indigènes ;

4° Aux médecins communaux ;

5° Aux médecins des consultations des œuvres privées (croix-rouge, crèches, gouttes de lait, etc...)

De bien vouloir répondre au questionnaire suivant :

Les enquêteurs et l'Administration recevront avec reconnaissance tout renseignement, toute suggestion de la part des praticiens de la colonie auxquels il est fait ainsi appel dans l'étude et la mise au point d'une question d'un intérêt si vital pour l'Algérie.

A) Dire le nombre des tuberculeux indigènes soignés depuis cinq ans dans les établissements ci-dessus désignés: tuberculeux traités ou décédés.

B) Formes: (pulmonaire, autres formes).

C) Sexe.

D) Age: adultes, enfants jusqu'à 15 ans.

E) Origine: soldats libérés, ayant fait leur service en France, en Algérie; ouvriers ayant fait un ou plusieurs séjours en France. A quel genre de travaux ces ouvriers se livraient-ils en France (agriculture, industrie, etc...); dans une grande ville algérienne.

F) Habitation : le malade habitait-il une ville où vivent Européens et Indigènes?... Le malade habitait-il un village indigène loin de toute agglomération européenne ?...

G) Influence de divers facteurs dans la genèse de l'infection; les indiquer (contact avec les Européens; hygiène, nourriture, encombrement, contagé, etc...)

H) Influence de l'alcoolisme : Dire, quand c'est possible, si les malades buvaient; quels alcools, quelle quantité moyenne.

Indiquer, par des chiffres, si la population indigène

de la région a tendance à se livrer aux boissons spiritueuses.

Autres observations que les médecins croient devoir formuler :

.....

Il est bien évident que les statistiques qui pourront être fournies n'auront rien d'absolu; les renseignements devront, autant que possible, toutefois, s'appuyer sur des constatations.

II. — *Mesures à envisager pour lutter contre la tuberculose chez les indigènes.*

La sous-commission des voies et moyens présentera sans doute un questionnaire précis à nos confrères, mais, dès maintenant, il semble que les questions suivantes pourraient être traitées :

A) Education du public, conférences, films;

B) Isolement des tuberculeux à leur arrivée de la Métropole; Isolement des tuberculeux dans les centres indigènes.

Cet isolement est-il possible?... Dire quelles modalités il conviendrait d'employer. Des quartiers spéciaux dans les infirmeries indigènes suffiraient-ils ?...

N'y aurait-il pas lieu de créer, dans les agglomérations kabyles, un local spécial à proximité de la famille ?

D) Vaccination par le B.C.G. des enfants.

Comment la pratiquer: à la naissance par ingestion? Plus tard, par injection?..

Par qui?... L'auxiliaire médical ou l'infirmière-visiteuse sont-ils en nombre suffisant ?...

E) Vaccination des adultes avant leur embarquement pour la Métropole. En raison des délais demandés par

la cuti-réaction préalable et l'inoculation, quelles mesures prendre pour retenir l'individu le temps nécessaire?

F) Isolement des enfants légèrement contaminés ou atteints de tuberculose non ouverte. Préventoria.

Où?... Comment?... dans les montagnes kabyles?..

Où?... Dans les centres?

G) Isolement des enfants encore sains, mais vivant en milieu contaminé; les foyers de l'œuvre Grancher peuvent-ils prospérer en milieu indigène? Isolement en montagne? Au bord de la mer?

H) Y a-t-il des locaux utilisables en dehors des hôpitaux militaires qui doivent être désaffectés, pour y créer des sanatoria ou preventoria?

.....
Les réponses affluèrent, ce sujet tenant à cœur la plupart des médecins d'Algérie, inquiets du sort des races indigènes.

Nous en eûmes entre les mains la totalité: il ne faut pas y chercher de statistiques exactes; trop souvent le médecin du « bled », accablé de besogne, ne peut tenir ses fichiers au courant. Il nous faudra surtout nous baser sur les appréciations de médecins rompus à l'exercice en pays arabe ou kabyle, diagnostiquant grâce à la seule clinique, le laboratoire et l'installation radiologique étant trop loin, ou trop onéreux pour le malade indigène.

Nous avons classé les réponses recueillies ainsi :

- a) Grandes villes: Alger, Constantine, Oran.
- b) Département d'Oran;
- c) Département de Constantine;
- d) Département d'Alger, avec ses arrondissements de : Miliana, Orléansville, Alger, Tizi-Ouzou;
- e) Territoires du Sud.

a) Grandes villes.

L'accord est complet : la tuberculose est très répandue parmi les citadins indigènes.

Pour Alger, nous citerons les travaux de M. le Docteur Lemaire, Directeur du Bureau municipal d'Hygiène, qui a montré que la mortalité par tuberculose est, proportionnellement, 6 fois plus forte dans la population musulmane que dans la population européenne, comme le prouve le tableau ci-après :

MORTALITÉ PAR TUBERCULOSE A ALGER
par 10.000 habitants.

(D'après les compte-rendus du Bureau Municipal d'Hygiène d'Alger, 1913-1925).

DATES	EUROPÉENS	INDIGÈNES	GÉNÉRALE
1913	25,78	69,03	35,14
1914	22,06	95,75	36,08
1915	21,5	105,5	38,3
1916	19,75	73,5	30,5
1917	18,06	79,95	30,4
1918	16,62	73,55	33,05
1919	19,93	74	30,75
1920	20,52	78	32,1
1921	22,43	87,26	36,31
1922	21,41	97,73	40,38
1923	25	104,4	44,77
1924	20,07	111,3	44,12
1925	17,64	97,2	38,9
1929	10	60,5	

Ce tableau nous montre dans quelles proportions effroyables sont frappés les Indigènes dans la ville d'Alger. Les chiffres fournis par les autres grandes villes

d'Algérie ne doivent guère différer de ceux exposés ci-dessus. Pourtant, une amélioration très nette se marque dans les dernières années, aussi bien dans la population européenne qu'indigène. Elle est due à la lutte sans répit que mène le bureau d'Hygiène d'Alger contre le taudis et la malpropreté de la « Haute Ville ».

M. le Docteur Lemaire, depuis son arrivée au Bureau d'Hygiène insiste sur le rôle tuberculigène du quartier indigène de la Casbah. Faut-il rappeler ses mots, si frappants en leur laconisme : « Tout individu habitant la Casbah abrège sa vie de moitié ».

Nous reparlerons d'ailleurs plus loin des logis insalubres.

Pour Alger, Oran, Constantine, les Dispensaires d'Hygiène Sociale, comme les médecins des hôpitaux et les médecins privés, donnent les mêmes renseignements : grand nombre de tuberculeux musulmans, taudis infects.

Pour citer quelques chiffres :

Les dispensaires d'Alger, dont le Médecin-chef est M. Argenson, ont suivi en 5 ans, 848 Indigènes, dont 703 sont décédés. Parmi ces malades, se trouvaient 707 Tuberculoses pulmonaires, 141 autres formes ; ils se décomposaient en : 485 hommes ; 216 femmes et 147 enfants.

La Clinique Indigène de Belcourt, dans le même temps, a examiné 385 tuberculoses (162 femmes, 223 enfants) dont 188 formes pulmonaires, 197 autres formes.

En 1928, le service spécialisé de tuberculeux pulmonaires de l'Hôpital de Mustapha (Salle Laennec) a reçu 171 Indigènes, contre 64 Européens. En 1929, 180 Indigènes et 71 Européens. Ces chiffres comportent, il est vrai, un nombre variable de malades venant du dehors de la ville.

Pour Constantine, nous avons la statistique fournie par le Dispensaire : 398 traités, 54 décédés (Il est beaucoup de décès qui restent inconnus), dont : 250 formes pulmonaires, 148 autres formes. 180 hommes, 202 femmes et 216 enfants.

Enfin, pour Oran, on signale aussi un nombre élevé de tuberculeux indigènes.

Il faut remarquer que les chiffres ainsi fournis ne représentent qu'une bien faible proportion des tuberculeux, car même parmi les Arabes civilisés des grandes villes, rares sont ceux qui se font soigner tant qu'ils peuvent travailler un peu.

b) Département d'Oran.

Sa population est surtout *Arabe*, à part quelques villes, telle Nédroma, qui sont peuplées de Berbères.

Hors le chef-lieu, ce département semble peu atteint. Le plus fort nombre de tuberculeux indigènes vus en 5 ans est celui fourni par Nédroma, avec 420 cas : ces malades ont été accueillis par l'Infirmierie Indigène, qui draine, dans un rayon assez grand, la région.

c) Département de Constantine.

C'est, par excellence, le pays Berbère.

Il est, et de beaucoup, le plus frappé. Pour ne citer que deux exemples, Takitount nous donne 6.000 tuberculeux pour 5 ans. Pour la même période, la commune mixte du Guergour (Lafayette) en aurait montré environ 12.000. Et nombreux sont les médecins signalant des chiffres environnant 500.

d) Département d'Alger.

Nous l'avons partagé en ses arrondissements, la fréquence de la tuberculose indigène variant beaucoup suivant les régions.

SUD ALGÉROIS	Djelfa	858	15	244	624	221	323	324
	Laghouat	224	7	80	144	98	101	25
	Ghardaïa	310	50	215	95	155	50	105
	El-Goléa	11	7	10	1	5	4	2
Sud Constantinois	Ouled-Djellal . .	578	60	120	458	121	132	325
	El-Oued	3000 env.	?	300	2700	900	800	1300
	Touggourt	5000 env.	?	4000	1000	2500	2000	500
	Ouargla	164	9	153	10	69	33	62

Essayons de tirer quelques conclusions de ces réponses. Nous voyons que :

Le département d'Oran, et, dans le département d'Alger, les arrondissements adjacents (Orléansville et Miliana) c'est-à-dire les régions peuplées *d'Arabes* sont peu touchées.

Le département de Constantine et les arrondissements d'Alger limitrophes (Tizi-Ouzou et Alger, ce dernier par Bouïra surtout) sont très atteints.

En résumé, pour l'Algérie (Territoires du Nord), c'est la Kabylie (Grande et Petite) qui fournit le plus fort contingent de tuberculeux musulmans.

Quant aux territoires du Sud, c'est encore le Sud-constantinois, c'est-à-dire celui qui contient surtout des Berbères, qui arrive en tête dans cette course morbide.

Mais il ne faudrait pas croire qu'en Afrique du Nord, l'Algérie seule soit de plus en plus infectée par le bacille de Koch dans ses populations indigènes; le Maroc et la Tunisie connaissent un sort semblable, et des médecins de réputation assise, depuis quelques années également (exactement depuis la fin de la guerre) appellent l'attention des autorités sur le nombre grandissant des malades et des décès par tuberculose des autochtones.

Au Maroc, c'est Remlinger :

« C'était, jusqu'à il y a une quinzaine d'années, une agréable surprise pour le médecin qui arrivait au Maroc, et à Tanger en particulier, de constater, en même temps que l'absence à peu près complète de diphtérie et de scarlatine, l'extrême rareté de la tuberculose.

Pourquoi faut-il qu'en échange de bienfaits peut-être contestables, la civilisation européenne ait déterminé au Maroc une telle recrudescence du fléau. » (La tuberculose à Tanger. Maroc-Médical, 15 septembre 1928).

C'est Lapin, ce sont quantité de médecins qui montrent la rapide extension de la tuberculose chez les Marocains.

En Tunisie, une thèse récente (Duplenne, Paris 1927) nous présente un même tableau.

Ainsi, toute l'Afrique du Nord, aussi bien dans ses villes que dans ses campagnes, connaît un assaut de tuberculose, *surtout depuis la guerre*.

A quoi devons-nous rattacher cette recrudescence du fléau ?...

Deux facteurs sont à considérer :

- a) Le microbe, la « graine » ;
- b) Le terrain.

a) Le bacille de Koch, fort vraisemblablement, n'a pas vu sa virulence exaltée par les passages successifs sur les Indigènes: il est de virulence relativement fixe (nous ne retiendrons pas la perte de virulence obtenue par Calmette et Guérin après plusieurs années de cultures sur milieu bilité).

b) Le terrain va nous fournir, quant à lui, plusieurs faits à considérer: car il a varié sensiblement dans ces dernières années. La guerre vient se placer entre deux

périodes contrastant par la rareté relative de la tuberculose chez l'Indigène pour l'une, et par son extension rapide dans l'autre. Quels furent donc les changements apportés dans la vie des autochtones, ayant amené un affaiblissement du terrain, ou un apport plus grand de germes ?..

CHAPITRE II

Changements dans la vie des Indigènes Algériens du fait de la guerre.

I. — *Mobilisation.* — Lors des hostilités franco-allemandes de 1914-1918, il y eut un assez grand nombre d'indigènes mobilisés et amenés en France. Les renseignements officiels manquent sur le nombre des appelés en 1914, 1915 et 1916.

Pour 1917, 1918 et 1919, nous savons que la France appela sous les drapeaux :

1917 : 18.696 Indigènes, sur 44.762 présentés aux conseils de révision.

1918 : 29.065 Indigènes, sur 42.200 présentés aux conseils de révision.

1919 : 15.448 Indigènes, sur 47.444 présentés aux conseils de révision.

Ainsi, en comptant que la France appela une moyenne de 20.000 hommes par an on arriverait à une approximation de 80 à 100.000 Indigènes mobilisés pendant la guerre.

Quelques-uns de ces soldats qui, à cause des événements, avaient été pris malgré leur insuffisance de développement physique (pendant la guerre, on prenait comme « bons pour le service armé » de 40 à 70 % des présentés, alors qu'actuellement on n'en prend guère que 25 % environ), contractèrent, au contact des Européens, la tuberculose (pulmonaire ou autre). Leur existence les rendaient plus aptes à la contagion : climat,

humidité des tranchées, efforts, alcoolisme, tout leur était inaccoutumé.

« ...Le nombre des Indigènes (atteints de tuberculose osseuse ou ganglionnaire, avec ou sans atteinte pulmonaire, soignés à l'hôpital d'Arzew, en 1918) attire immédiatement l'attention par rapport à celui des Européens, et il serait utile de savoir la proportion des Indigènes mobilisés par rapport à celle des Européens pour en tirer une déduction précise. Néanmoins, pendant la guerre, nos constatations n'ont fait que confirmer notre opinion, ancienne déjà, à savoir que l'Indigène algérien, surtout le sédentaire, présente un terrain très favorable à l'évolution de la tuberculose et qu'elle évolue chez lui avec une rapidité plus grande que chez l'Européen d'Algérie. (Meinard, Rapport 21 janvier 1918).

Nous n'avons pu avoir aucun renseignement sur le nombre de ceux qui furent réformés pour tuberculose. En tous cas, ce nombre, si élevé fut-il, ne serait probablement que de peu d'importance comme facteur de l'extension actuelle de la tuberculose chez les Musulmans : il est cependant à retenir.

II. — *Alimentation.* — La guerre eut son retentissement sur l'alimentation des populations civiles. On n'a pas oublié le régime de « restrictions » qui fut imposé dans toutes les nations belligérantes, par suite de difficultés de communication et de transports.

En Algérie, cependant, il y eut à ce point de vue, peu de changements, le pays pouvant suffire à ses besoins, et fournissant même du blé et des bestiaux en quantité appréciable à la Métropole. On fit même vider, à la fin, les silos contenant les réserves de blé.

Si donc l'affaiblissement des organismes par la faim

peut entrer en ligne de compte en France (et surtout dans les régions occupées du Nord, où cette cause a agi nettement en favorisant l'extension actuelle de la tuberculose), il est à rejeter pour l'Algérie.

III. — Après la guerre cependant, en 1919, 1920 et 1921, par suite de l'utilisation des stocks de blé envoyés dans la Métropole, et de mauvaises récoltes dues à la sécheresse, ce fut la famine. Elle a sûrement agi en débilitant nos populations indigènes, en les prédisposant à recevoir le bacille de Koch.

Ainsi, le médecin inspecteur général Lasnet, dans les « Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales » (1922, tome II), dit :

« Il est possible, d'ailleurs, que les difficultés alimentaires avec lesquelles la population indigène s'est trouvée aux prises, aient eu pour conséquence un fléchissement de l'état général des sujets jeunes. Certains d'entre eux venus à l'armée du Rhin donnaient nettement l'impression d'avoir été sous-alimentés... la tuberculose devient fréquente chez eux... »

Ailleurs, dans le rapport du directeur du Service de Santé du 19^e Corps d'Armée, sur les résultats de l'incorporation de la classe indigène 1921, nous pouvons lire :

« ...Comparée à celle du contingent français, la valeur physique du contingent indigène lui est bien inférieure : les recrues se montrent d'ailleurs particulièrement sensibles aux maladies épidémiques de la saison d'hiver. Il est vrai que l'année agricole 1919 a été particulièrement mauvaise et que les Arabes ont souffert de privations jusqu'en juin 1921... »

Ainsi, cette famine eut une certaine importance vis-à-vis de l'extension de la tuberculose, mais son œuvre

fut surtout les redoutables épidémies de typhus et de variole, que les « meskines » affamés, en quête de nourriture, colportaient dans les grandes villes.

Les mesures prises par le gouvernement général, sur les conseils de M. le docteur L. Raynaud (camps de meskines, où ils étaient désinsectés, baignés, nourris, logés et soignés; interdiction de circuler), arrêterent assez promptement les épidémies, et sauvèrent nombre d'indigènes de la mort par famine ou typhus.

IV. — Mais le facteur le plus important de tuberculisation des masses indigènes, accru intensément par la guerre, fut l'exode vers les grandes villes, qui mérite une étude attentive.

L'exode des Travailleurs Indigènes vers les grandes villes.

Pour étudier le mouvement des travailleurs musulmans vers la France, nous nous sommes reporté aux ouvrages de MM. M. Mercier, W. Oualid, Nogaro et Weil, O. Depont. Nous avons utilisé également les très intéressants renseignements qu'aimablement mirent à notre disposition MM. le docteur Massonet et Gérolami, chef du Service de la Main-d'œuvre au Gouvernement général. Quant à l'exode des indigènes vers les grandes villes algériennes, nous n'avons que fort peu de renseignements sur lui ; les seuls travaux que nous avons consultés avec fruit, sont ceux de M. le docteur Lemaire.

A. — L'exode vers la France

Il ne faudrait pas croire que l'émigration des travailleurs algériens en France était inconnue avant la guerre. Il existait déjà des centres industriels, et surtout miniers, qui utilisaient cette main-d'œuvre. En 1912, un recensement établi par l'Office de l'Algérie de Paris, montrait que 5.000 Indigènes (Algériens, Tunisiens et Marocains) étaient employés dans la Métropole : les mines du Nord les retenaient pour la plupart, le reste résidant à Paris et à Marseille.

A cette époque, les déplacements des Indigènes étaient soumis à certaines formalités, par suite de l'existence du régime de l'« Indigénat » : il fallait une autorisation, pour les sujets français, pour se rendre en France, et même pour se déplacer en Algérie.

Par ailleurs, l'Arabe ou le Kabyle vivaient du produit

de leurs champs, facilement; leurs besoins très réduits étaient amplement satisfaits par un travail peu intense.

Mais, vint la guerre. La Métropole, immédiatement, eut un grand besoin de main-d'œuvre. Presque tous ses ouvriers étaient mobilisés. D'autre part, la France a toujours manqué de travailleurs, et en empruntait un grand nombre à divers pays (Pologne, Belgique, Italie, Allemagne, Espagne); la guerre lui fermait ces marchés du travail: en Italie et en Belgique, par suite de la mobilisation, en Pologne, par manque de communications. Restaient les Espagnols, qui fournissaient un maigre contingent; de plus la frontière leur était souvent fermée.

On eut alors recours au Portugal, puis on se tourna vers les Colonies: Algérie, Maroc, Tunisie, Madagascar.

En Algérie, on procéda à un recrutement intensif de travailleurs, par engagements volontaires, pour la majeure partie, et par réquisition pour une très faible part, si le nombre d'engagés était insuffisant.

Ces travailleurs trouvaient dans cette opération de nombreux avantages: salaire égal à celui des ouvriers européens de la même profession et de la même catégorie; primes d'engagement et de rengagement; logement, soins médicaux et pharmaceutiques à titre gratuit; voyages d'aller et de retour payés; fournitures à des conditions avantageuses de la nourriture et des vêtements.

En sus de ces avantages matériels, ces ouvriers, pour la plupart Kabyles, aimaient voyager, voir des pays nouveaux, et étaient attirés par les distractions inconnues que leur offrait la France. Enfin, un dernier avantage, qui n'était pas le moindre à leurs yeux, était

d'échapper ainsi à la conscription, qui les envoyait en France, mais avec beaucoup moins de profits.

Ces Musulmans, d'abord travailleurs libres, et employés par l'Etat en ses usines, furent ensuite militarisés et formèrent des camps que surveillèrent, au point de vue hygiénique et moral, des administrateurs détachés par le Gouvernement Général de l'Algérie. Peu à peu, cette émigration prit de l'ampleur, par suite des besoins croissants des usines civiles et militaires: les premiers ouvriers, ayant en général été très satisfaits des conditions qui leur avaient été faites, se livrèrent à une active propagande parmi leurs coreligionnaires restés au village.

Vint l'Armistice, puis la paix: un grand nombre des travailleurs — la presque totalité — furent rapatriés. Mais l'habitude était prise par les Kabyles d'aller en France, et d'y gagner des salaires élevés. Leurs lettres, leurs mandats aux chiffres majestueux, leurs récits, avaient gagné la masse indigène: ils reprirent donc le chemin de la Métropole, en nombre de plus en plus élevé, pour arriver, en 1929, au chiffre de 42.948 partants.

ANNÉES	DÉPARTS	RETOURS
1914	7.444	6.000
1915	20.092	4.970
1916	33.755	9.044
1917	34.955	18.949
1918	23.340	20.489
1919	5.568	17.497
1920	21.684	17.380
1921	17.259	17.538
1922	44.466	26.289
1923	58.586	36.990
1924	71.028	57.467

ANNÉES	DÉPARTS	RETOURS
1925	24.753	36.328
1926	47.262	35.102
1927	21.472	36.073
1928	39.726	25.008
1929	42.948	42.227

A la lecture de ce tableau, nous nous rendons compte de l'ampleur de ce mouvement migratoire.

B. — *L'émigration des campagnes
vers les grandes villes d'Algérie*

Parallèlement à cet exode vers la France se dessine un mouvement vers les villes algériennes. Il n'est certes pas négligeable, mais les chiffres manquent, aucune formalité n'existant plus depuis 1914, pour régler et surveiller ces déplacements en Algérie.

Pourtant, nous pouvons nous rendre compte que cette attraction est réelle, de la ville sur les campagnards. En prenant pour exemple Alger, on relève en 1906 une population indigène de 33.949 individus. Elle passe, en 1921, à 47.669 et à 55.271 en 1926. Or, comme le dit M. le docteur Lemaire, chez les Indigènes d'Alger : « ...la mortalité générale dépasse leur natalité (sauf en 1920 et 1921). S'il n'y avait des apports incessants d'éléments venus de l'intérieur du pays, la population indigène de la ville d'Alger irait en décroissant. Il n'en est rien, et l'accroissement de la population indigène a suivi une marche parallèle à celui de la population européenne... augmentant ainsi les conditions défectueuses d'hygiène et d'habitation. » (Sud Médical et Chirurgical, 15 sept. 1923).

Les avantages trouvés dans les grandes villes d'Algérie étaient, et sont moindres qu'eux trouvés en France: les salaires y sont nettement inférieurs. Mais l'indigène se sent toujours dans son pays, pas bien loin de son village natal (auquel le lie un profond attachement). Beaucoup de débilés restent aussi en Algérie, où les chantiers, les usines naissantes leur procurent facilement du travail.

Enfin, alors qu'actuellement il leur faut un pécule, une visite médicale, une carte d'identité pour aller en France, rien de tel n'est exigé pour la ville algérienne.

La vie du Travailleur Indigène dans les grandes villes.

I. — En France.

Peu d'indigènes vont en France pour travailler dans des exploitations agricoles. Le nombre de ces travailleurs de la terre n'est pas connu exactement, mais nous savons qu'il est négligeable (5.000 environ).

C'est l'usine, la mine et les chantiers de construction qui absorbent la plus grande part de la main-d'œuvre musulmane. Les villes qui l'accueillent sont principalement: Paris, Lyon, Saint-Etienne, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Lille, Le Creusot, Roubaix, Lens, Nancy, Grenoble, Albi, Marseille.

Un recensement, effectué en 1928, des indigènes *algériens* par départements, a donné les résultats suivants :

Ain	52	Gers.....	0	Bas.-Pyrénées.	4
Aisne	0	Gironde...	151	H ^{tes} -Pyrénées .	25
Allier.....	164	Hérault... 4.875		Pyr. Orientales	197
Basses-Alpes..	196	Ilie-et-Vilaine.	6	Bas-Rhin .	16
Hautes-Alpes, .	9	Indre-et-Loire	14	Haut-Rhin	12
Alpes-Maritimes	38	Indre.....	4	Rhône....	1.200
Ardèche .	0	Isère	124	Haute-Saône .	0
Ardennes	1.327	Jura.....	20	Saône-et-Loire	303
Ariège ...	168	Landes ...	2	Sarthe ...	1
Aube	56	Loir-et-Cher..	4	Savoie ...	104
Aude	1	Loire.....	810	Haute-Savoie .	64
Aveyron..	108	Haute-Loire ..	0	Seine.....	32.000
Belfort ...	55	Loire-Inférieu ^{re}	23	(+ Tunisiens	1.000
B.-du-Rhône..	10.000	Loiret	25	Marocains)	4.500
Calvados .	190	Lot	45	Seine-Infér...	405
Cantal....	11	Lot-et-Garonne	25	Seine-et-Marne	353
Charente..	19	Lozère....	0	Seine-et-Oise .	1.875
Ch.-Inférieure .	47	Maine-et-Loire	13	Deux-Sèvres ..	3
Cher	0	Manche ..	15	Somme...	147
Corrèze...		Marne	210	Tarn	2
Corse		Haute-Marne .	30	Tarn-et-Garon.	7
Côte-d'Or .	50	Mayenne..	1	Var	0
Côtes-du-Nord,	27	Meurthe-et-Mos.	1.154	Vaucluse .	311
Creuse....	21	Meuse	87	Vendée ...	1
Dordogne..	10	Morbihan .	12	Vienne ...	0
Doubs	141	Moselle...	595	Haute-Vienne .	16
Drôme....	77	Nièvre ...	117	Vosges ...	28
Eure	0	Nord	3.654	Yonne....	7
Eure-et-Loire .	116	Oise.	187		
Finistère..	2	Orne	0		
Gard	1.242	Pas-de-Calais .	311	TOTAL..	64.286
Haute-Garonne	91	Puy-de-Dôme .	474	au 1 ^{er} Janvier 1928.	

Dans le Nord, les mines emploient nos indigènes, peu comme ouvriers mineurs-extracteurs, et beaucoup plus au roulage des wagonnets.

Dans la région parisienne, ils constituent une part importante des manœuvres, graisseurs, terrassiers, gardiens de garage. Un petit nombre a réussi à apprendre à conduire quelques machines-outils. Enfin, rares sont ceux qui ont su acquérir une spécialisation parfaite, et devenir mécaniciens, contremaîtres, etc... Car tous les employeurs ont remarqué et signalé les défauts de cette main-d'œuvre : manque d'attention, d'observation, d'application qui empêchent généralement une spécialisation poussée.

Quelques-uns de nos travailleurs trouvent dans le commerce leurs ressources : tenanciers de gargottes, de cafés-maures (pour lesquels, à l'encontre de ce qui se passe en Algérie, nulle autorisation n'est nécessaire), camelots, garçons de cafés.

En conclusion, la plupart de nos Indigènes, habitués au grand air, travaillent en des lieux fermés, à atmosphère confinée.

Quand leur travail est fini, nos musulmans, pour se restaurer, ont deux ressources : la gargotte, tenue par un des leurs, qui leur prépare les plats coutumiers, mais qui coûte assez cher, et la « popotte » par groupes. Cette dernière solution est la plus employée : des travailleurs se groupent, le plus souvent par villages d'origine, et chaque jour, l'un d'entre eux est chargé de cuisiner, pendant que ses compagnons, après entente avec l'employeur, effectuent sa tâche. Si nous étudions la composition de leurs repas, nous voyons que le couscous forme, comme en Algérie, la base de leur alimentation. Ils y ajoutent quelques légumes secs, quelques

figues, quelques dattes et des olives: pas de viande, qui est un aliment de luxe, d'exception; très peu ou pas de graisses, qui seraient si utiles, alors que le climat est froid, qu'ils fournissent un travail intense, auquel ils ne sont pas habitués.

La gargotte leur offre ces mêmes plats, mais à un prix plus élevé: on comprend donc, étant donné leur désir d'économies, qu'ils la dédaignent.

Trop rarement, des restaurants patronaux leur fournissent une nourriture réconfortante, saine et à bas prix. Ainsi, les Etablissements Michelin, de Clermont-Ferrand, ont organisé, en même temps que des dortoirs sains, bien aérés, un restaurant pour leur main-d'œuvre indigène.

Il faut remarquer que, souvent, des initiatives privées ont organisé de pareils restaurants, en comprenant, dans un contrat de travail, nourriture et logement pour une somme donnée: mais ces organisations durent disparaître, les indigènes refusant vite, en général, d'accepter ces conditions, les sommes retenues leur paraissant beaucoup trop fortes. Et, cependant, la plupart des industriels ne faisaient aucun bénéfice du fait de l'existence de ces restaurants.

Pour suppléer à l'insuffisance de nourriture, les indigènes emploient l'alcool, dont le « coup de fouet », le goût agréable à leur palais neuf, l'ivresse plaisante les attirent. Initiés à l'alcool par leurs camarades indigènes déjà habitués, ou français dont ils craignent les moqueries, ils oublient la Loi Coranique, et arrivent vite à ingurgiter une dose énorme du poison: le vin est peu employé, relativement; ce sont surtout le rhum, l'eau-de-vie et les liqueurs qui vident leurs poches et ruinent leur santé.

Quant au logement, il est tel, presque toujours, qu'un cracheur de bacilles contaminera promptement 8 ou 10 camarades, affaiblis par la nourriture déficiente et carencée, et par l'alcool: des Algériens, spéculateurs avides, ont loué ou acheté des maisons que leur insalubrité faisaient abandonner par les Français, et les louent, comme chambres garnies, à nos ouvriers, qui n'hésitent pas à en prendre une, destinée à un ou deux individus au plus et à s'y entasser 8 ou 10: des nattes à terre, et ils se couchent, sans se dévêtir ni se déchausser, dans une atmosphère rapidement empuantie, parmi les crachats négligemment rejetés sur le sol humide, sale. Et souvent aussi, ils s'entendent avec une équipe de nuit, de sorte que les nattes reçoivent successivement, et sans interruption, équipiers de jour et de nuit... comment trouver meilleures conditions de contagion !..

Dans un article du « *Temps* » (8 décembre 1926), Jean de Piessac dit :

«...à Gennevilliers, par exemple, dans certaines baraques de ce qu'on appelle le village arabe de Grésillon, un lit défoncé, dans un dortoir, se paye 30 francs par mois. Ailleurs, le droit de coucher à 4 dans une cave sans jour s'achète 48 francs par tête et par mois... »

D'un rapport du préfet de l'Isère au Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociale, en date du 22 novembre 1926, nous donnons cet extrait :

«...aucun règlement d'hygiène n'y est imposé : les chambres, servant à la fois de cuisines, de salles à manger, de dortoirs, encombrées, surpeuplées, sont dans un état de saleté repoussante...

« ...J'ai convoqué à mon cabinet l'industriel en cause et celui-ci a convenu, avec moi, que des mesures immé-

diates devaient être prises: meilleure répartition des occupants, des locaux; épouillage et douchage des arrivants, désinfection de leurs effets, et surtout organisation d'un service de surveillance médicale... »

A tout cela, ajoutons la débauche. Grands enfants, nos indigènes se livrent joyeusement à toutes les folies: les maisons publiques les voient, toujours nombreux, épuisant leurs pauvres forces, et leur donnent généreusement blennorragies et syphilis... Nous ferons remarquer qu'ils partent d'Alger sans lésions apparentes, si ce n'est sans blennorragie ou sans syphilis.

Telle est la vie que mènent, dans la Métropole, nos travailleurs. Le nombre de ceux qui se civilisent complètement et adoptent absolument les mœurs et l'hygiène des européens est infime.

Et, malgré les plaisirs qu'ils goûtent, pour lesquels ils dépensent beaucoup de leur argent, ils peuvent, grâce aux privations qu'ils s'imposent par ailleurs, envoyer des sommes importantes «au pays», pour aider leur famille, et réaliser leur rêve: être propriétaire d'un lopin de terre, de quelques oliviers. Les bureaux de poste de Kabylie, par leurs mouvements de fonds, rendent compte des sommes ainsi économisées: tel bureau de poste qui, avant la guerre, payait à peine 100.000 francs de mandats, dépasse largement, aujourd'hui, le million.

Leur Pathologie en France

Elle nous est dévoilée par les consultations établies à leur usage dans certaines grandes villes, en particulier à Paris. Nous n'avons pu obtenir de renseignements précis, mais nous savons que relativement rares sont ceux qui se présentent à ces visites: l'Arabe aime peu aller voir le médecin, tant qu'il ne se sent pas très asthénisé.

On évalue au dixième des consultants le nombre des tuberculeux pulmonaires : cela ne veut pas dire que ce dixième représente ceux qui se sont tuberculisés en France ; le nombre réel doit en être bien plus fort, car pendant longtemps, le malade continuera à travailler, tant que ses forces persisteront et ne s'inquiétera pas de la toux, à laquelle l'indigène prête assez peu d'attention. Et souvent aussi, devant son asthénie croissante, il retourne chez lui sans avoir jamais consulté.

Parmi les affections qui frappent le plus les Indigènes en France sont les maladies aiguës des voies respiratoires : les médecins d'Algérie, les médecins militaires en ont tous remarqué la fréquence :

« ...Dès leur jeune âge, les indigènes sont exposés aux intempéries avec une hygiène défectueuse, et, par des rhumes successifs, arrivent souvent à un catarrhe chronique des bronches qui constitue une surface d'absorption idéale pour le bacille de Koch. Pour s'en convaincre, il est facile, au cours des visites de santé dans les régiments, d'appliquer l'oreille sur le thorax des jeunes soldats, on y trouvera, en abondance, de gros rales sifflants et gargouillants qui peuvent effrayer les médecins peu familiarisés avec cette pathologie. Aussi, au retour de l'exercice, entendrez-vous tousser à pleine poitrine, les individus... » (Rapport Meinard).

Les maladies vénériennes frappent beaucoup nos travailleurs ; ils consultent plus facilement pour une blennorrhagie, ou une ulcération de la verge que pour toute autre affection. Aussi, les malades sont-ils nombreux aux consultations établies à Paris (Mosquée, rue Leconte), à leur usage. L'institut prophylactique de Vernes leur donne également des soins (traitement anti-syphilitique).

Une consultation de Médecine générale fonctionne

également à Paris, rue Lecomte: c'est elle qui décèle les tuberculeux, et les adresse, pour confirmation, à un dispensaire d'hygiène sociale. La tuberculose étant prouvée, si le malade est transportable, on le rapatriera. Sinon, il est hospitalisé.

Nous n'avons pu réunir de statistiques ni sur ces hospitalisés ni sur ceux qui furent rapatriés pour maladies.

Un renseignement très approximatif sur le nombre de ceux qui décèdent en France est fourni par le nombre de cercueils d'indigènes qu'on ramène au pays natal. Semblables, en effet, aux travailleurs chinois qui, allant en Amérique, exigeaient le retour de leur corps en leur pays, en cas de décès, les Kabyles, s'ils ne spécifient pas cette clause en un contrat, veulent, suivant leurs « kanounes », reposer en terre natale. Aussi, les amis, les parents se cotisent pour payer le transport, très onéreux (2.500 francs environ), des corps.

Or, pour ces dernières années, le nombre de cercueils ainsi ramenés par le port d'Alger oscille autour de 50. Ce nombre, peu élevé, est certainement bien au-dessous de la réalité.

(Renseignement puisé dans les registres de la Santé Maritime d'Alger).

Lieux d'origine des Travailleurs Indigènes partant en France.

De quelles régions proviennent ces émigrés?.. L'étude de M. Mercier et les renseignements puisés à la Santé Maritime d'Alger, nous l'apprennent. En 1928, les cartes d'identité délivrées par les villes et les communes mixtes d'Algérie se répartissaient ainsi :

DÉPARTEMENT D'ORAN

Marnia	662	Renault	226
Nedroma	603	Nemours	93
Ammi-Moussa	283		

DÉPARTEMENT DE CONSTANTINE

Soummam	9.101	Sétif	311
Akbou	5.887	Bordj-Bou-Arréridj	298
Guergour	5.600	Fedj-Mzala	295
Bibans	4.419	Aïn-Touta	293
Takitount	1.946	Collo	259
Maâdid	1.826	El-Ouricia	255
Oued-Marsa	1.597	Barika	232
Eulma	1.537	Djidjelli (Mixte)	189
M'Sila	1.529	Tocqueville	169
El-Milia	1.406	Aïn-Abessa	124
Bougie	1.040	Oued-Amizour	109
Saint-Arnaud	439	Châteaudun	103
Aurès	359	Coligny	95
Aïn-Roua	322	Biskra	64
Belezma	318		

DÉPARTEMENT D'ALGER

Arrondissement de Tizi-Ouzou :

Communes mixtes :

Fort-National	3.456	Haut-Sébaou	2.161
Djurdjura	2.332	Mizrana	1.133
Dra-El-Mizan	2.272	Azeffoun	850

Communes de plein exercice :

Tizi-Ouzou	1.700	Dellys	300
Fort-National	1.000	Camp-du-Maréchal	285
Mékla	337	Tizi-Reniff	243

Mirabeau	209	Rebeval	104
Dra-El-Mizan ..	207	Haussonvillers .	57
Isserville	131	Abbo.....	50

Arrondissement d'Alger :

Maillot (Mixte).	590	Alger	243
Aïn-Bessem....	272	Bouïra	100
Bou-Saâda	270		

Arrondissement d'Orléansville :

Ténès (Mixte). 221	Chélif.... 130	Charron... 126
--------------------	----------------	----------------

Nous n'avons retenu que les communes ou villes ayant délivré au moins 50 cartes d'identité.

Par ailleurs, tous les individus ayant réclamé une carte ne sont pas partis en France: certains ont été rejetés par la visite médicale. D'autres ont pris une carte pour se déplacer en Algérie, et avoir ainsi des papiers d'identité. Pourtant, la plupart des cartes furent délivrées en vue de départs pour la Métropole.

Un coup d'œil sur ce tableau nous fait voir que :

1° Le département d'Oran fournit très peu d'émigrants ;

2° Le département de Constantine est, en somme, la région qui fournit les travailleurs indigènes à la France ;

3° Dans le département d'Alger, il existe un contraste frappant entre les arrondissement d'Alger et de Tizi-Ouzou, d'une part, et l'arrondissement d'Orléansville de l'autre, ce dernier fournissant peu de voyageurs, alors que les deux premiers, surtout celui de Tizi-Ouzou, en fournissent beaucoup.

En résumé: il y a très peu d'Arabes, pas du tout de Mozabites; presque tous sont des Kabyles. *La Kabylie est la région d'Algérie qui fournit la main-d'œuvre indigène utilisée en France.*

Cela est compréhensible : la Kabylie est un pays pauvre, qui ne peut nourrir tous ses fils; elle est trop peuplée, son sol rocailleux ne produit pas assez: on y voit un olivier appartenant à 10 ou 12 individus.

Or, précédemment, lorsque nous avons dépouillé l'enquête faite sur la tuberculose des Indigènes d'Algérie, nous avons vu que c'est dans cette même région que la tuberculose sévissait le plus, et avait fait le plus de progrès depuis la guerre.

Nous croyons pouvoir conclure, de l'observation de ces deux phénomènes: Extension de la tuberculose depuis la guerre, et émigration en France depuis la même époque, de cause à effet :

La grande ville, de France et d'Algérie, est néfaste au campagnard kabyle. « La tuberculose est maintenant le « cadeau » de Paris aux montagnards solides de la Kabylie ». (Allard, le « *Quotidien* ». Enquête 21-31 oct. 1928.)

Ce phénomène de contagion tuberculeuse massive n'est d'ailleurs pas l'apanage de l'Indigène algérien en France. On a signalé qu'en Savoie, en Bretagne, la tuberculose, rare autrefois chez le paysan français de ces régions, est maintenant en progression nette; la guerre a, en effet, attiré vers les grandes villes, par la mobilisation d'abord, puis par les usines, les chantiers, ces paysans autrefois attachés à la terre natale, et les a mis au contact avec les citadins, tuberculeux ou ayant acquis l'immunité: terrains vierges envers le bacille de Koch, comparables à nos algériens, aux noirs que

décima la tuberculose pendant la guerre (Borrel) ils y prirent le mal, et revenant chez eux pour y mourir ou pour s'y soigner, le répandirent.

Les colonies étrangères, comme toutes les colonies françaises, connaissent actuellement, du fait de la guerre, et des mouvements qu'elle provoqua parmi leurs populations primitives, un sort pareil.

II. — La vie du Travailleur Indigène dans les villes d'Algérie.

Nous prendrons en exemple la ville d'Alger. Depuis 1919, notre ville connaît une ère de constructions... partout s'ouvrent des chantiers.

De plus, les usines augmentent en nombre et en importance dans la banlieue. Enfin, le port a repris son trafic d'avant-guerre, et même l'a dépassé. Et partout, nous voyons la main-d'œuvre indigène largement mise à profit : manœuvres, portefaix, dockers, terrassiers, graisseurs d'automobiles sont tous indigènes, la colonie employant les Européens uniquement comme ouvriers spécialisés.

En somme, ces travaux sont beaucoup moins pénibles, et surtout plus hygiéniques que ceux exécutés en France par leurs correligionnaires expatriés : ils se font en plein air, sous un climat beaucoup plus doux, sinon moins humide.

Mais, quant à la nourriture, elle est tout aussi déficiente que celle des émigrés : le couscouss en forme toujours la base, et la viande y est aussi peu utilisée...

quand tout le repas ne se résume pas en quelques figues sèches, dattes ou olives, ou quelques tranches de melon accompagnant un quignon de pain ; quelquefois, le pain est trempé dans l'huile, c'est tout le repas ; et par ce moyen, l'indigène absorbe un peu de matières grasses.

Le tout, en général, est « arrosé » de vin à forte dose.

La gargotte ou la popotte fournissent mal une ration convenant à un travail de force : mais le but poursuivi est ainsi plus vite atteint : le pécule qui permettra, à force de privations, d'acheter un petit champ, avec quelques figuiers et quelques oliviers, assurant une vie calme... et sans fatigue.

Etant en Algérie, échappent-ils à l'alcool ? Hélas non, et poussés par l'ennui, ils vont au café, et consomment l'anisette par dizaine de verres, et le vin par litres. Le café Maure, cependant, en retient beaucoup ; mais, si le café qu'on y sert est plus sain que l'alcool, le local en général est conçu en dépit de toute hygiène : bas de plafond, au sol souvent de terre battue, ou au carrelage fissuré, il abrite un grand nombre d'indigènes qui, serrés les uns contre les autres, fument, crachent sur le sol où ils s'assoient, plus ou moins bien installés sur des nattes de sparterie. Le fourneau où officie le « cahouadji », déverse des torrents de fumée, de gaz carbonique et d'oxyde de carbone dans la salle mal ventilée, faute de cheminée, ou cette dernière tirant mal.

Enfin, la prostitution les attire... la liberté, inconnue en leur pays de stricte moralité, et de soumission aux « kanounes », leur est acquise ici ; ils en profitent, et les maladies vénériennes s'abattent sur eux.

« Si les prescriptions du Koran sont suivies à la lettre par une certaine catégorie d'individus,... il en est d'autres, chez qui la civilisation a augmenté le nombre

des vices, et qu'elle a souvent transformés en piliers de cabarets et de maisons publiques, mais ces défauts sont surtout l'apanage des Arabes des villes. » (De Mouzon.)

Le logement? Pour Alger, c'est le quartier hideux de la Casbah, au pittoresque souvent chanté, mais dont l'insalubrité est un défi à l'hygiène.

M. le Docteur Lemaire lutte de toutes ses forces contre ce quartier meurtrier. Ses statistiques ont montré qu'on meurt 2 fois plus à la Casbah, et que l'indigène est 6 fois plus tuberculeux que l'Européen d'Alger. La mortalité par tuberculose (toutes formes) est 3 fois plus forte chez les Indigènes que chez les Européens.

Faut-il décrire les misérables logements que nos travailleurs y trouvent souvent?

De petites chambres, donnant par une porte basse et étroite sur une cour centrale, n'ont aucune fenêtre; s'il en existe une, elle est presque toujours oblitérée par quelques planches, pour lutter contre le froid, les vitres étant réservées aux Indigènes riches. Pas de cheminée pour l'évacuation des fumées, pas de carrelage ni de plancher le plus souvent, mais le sol est de terre battue. La courette centrale où il pénétrait autrefois un peu d'air et de soleil, est obscurcie depuis que les propriétaires, avides de loyers, ont exhaussé leurs maisons pour loger le nombre toujours croissant des Indigènes — car ceux-ci aiment habiter un quartier où ils se sentent chez eux, et rarement cherchent à se loger dans des quartiers européens — et ont fait couvrir les ciels-ouverts. On devine maintenant ce que sont les chambres situées au rez-de-chaussée : en plein midi, la nuit y est presque complète.

Faut-il parler de ces anciens cabinets d'aisance, transformés et loués comme chambres, le seul changement

ayant consisté — et pas toujours — en l'oblitération de l'orifice; de ces chambres, déjà de dimensions réduites, partagées encore, grâce à de légères cloisons, en 2 ou 3 minuscules taudis où s'entassent hommes, femmes et enfants, couchés sur des nattes, et, pour encore gagner de la place, sur des couchettes de branchages, cimentées à mi-hauteur du mur.

Et, pour chauffer ces réduits, un fourneau arabe, de terre cuite, rempli de braises ardentes, déverse de l'oxyde de carbone, qui intoxiquera lentement les malheureux, et contribuera à affaiblir leur défense.

Trop rarement, les murs sont blanchis à la chaux; mais, ceci est le travail de la femme, or, nos travailleurs sont célibataires, pour la plupart.

Beaucoup de travailleurs couchent au grand air : ce sont ceux employés dans les chantiers de construction, et qui trouvent là un abri précaire : l'hygiène y gagne cependant, malgré les intempéries, les vents et l'humidité des murs récemment construits.

Un autre refuge s'offre : le bain maure, servant d'hôtel aux Indigènes. Il est soumis à la surveillance des autorités municipales; le nombre des individus admis à y passer la nuit est limité, on y pratique de fréquentes désinfections. Mais l'entassement, si surveillé soit-il, jouera encore son rôle dans la propagation de la tuberculose.

L'été, ceux qui couchent à la belle étoile sont légion; c'est encore la solution la plus hygiénique.

Nous n'avons pas encore parlé de l'habillement de nos travailleurs... souvent, ils adoptent, en partie, l'habillement européen et ce, surtout, en raison de la quantité de vieux vêtements qu'on leur donne, ou qu'ils achètent à bas prix, vêtements presque jamais désinfectés.

Quant à l'hygiène corporelle, elle est à peu près inexistante, tant en France qu'en Algérie : ils couchent tout habillés, chaussés, et ne quittent souvent leurs vêtements que pour les jeter lorsqu'ils sont hors d'usage.

Les bains leur paraissant une précieuse thérapeutique... ils n'en usent que lorsqu'ils sont malades, et pas toujours encore !

Finalement, c'est l'hôpital... et l'interrogatoire leur fera dire, à tous, la même histoire, devenue banale : départ à la ville, alors qu'ils étaient en bonne santé, alcool, travail intense, logement partagé avec 5 ou 6 camarades, dont l'un toussait...

CHAPITRE III

L'expansion de la Tuberculose vers les campagnes.

Elle se fera lors du retour des voyageurs dans leurs familles. Soit qu'ils aient enfin économisé un pécule jugé suffisant, soit pour cause de maladie, ils prennent le chemin du retour.

Aucune formalité n'est à accomplir, aucune visite médicale en particulier n'est faite au débarquement. Directement, ils rejoignent le gourbi familial. Il en est de même s'ils reviennent de villes d'Algérie.

Que se passe-t-il alors ? On connaît l'installation rudimentaire des Arabes ou des Kabyles : le gourbi, ou la maisonnette accrochée au flanc de la montagne, offrent la même facilité de contagion massive.

Une seule pièce, au sol de terre battue, abrite toute la famille, servant de cuisine, de salle à manger, de dortoir ; les interstices du toit de branchage, ou de tuiles rudimentaires, servent à l'évacuation des fumées ; il n'existe pas de fenêtres ; seuls, des trous minuscules dans les murs, bâtis grossièrement, assurent l'aération. Aucun ensoleillement n'est permis.

Et, en Kabylie surtout, pays froid et montagnoux, les animaux sont parqués dans un coin de la pièce commune, autant pour les protéger du vol que pour contribuer à réchauffer l'atmosphère, tout comme dans certains villages savoyards.

Notre travailleur, tuberculisé en France ou à Alger,

arrive... il faudra peu de temps pour que les bacilles qu'il sème à profusion sur le sol, dans le linge, dans l'air, contaminent femmes, anémiées par la claustration, enfants fragiles, tous soumis à un régime déprimant: alimentation insuffisante, manque de soleil et d'air, intoxication par l'oxyde de carbone des foyers, à combustion lente, et surtout maladies prédisposantes: rachitisme, affections aiguës très fréquentes de l'appareil respiratoire, paludisme, syphilis.

Il nous faut remarquer que le rôle prédisposant de ces deux dernières maladies est discuté: pour certains, il y aurait antagonisme entre le paludisme et la tuberculose (Legrain), entre la syphilis et la phtisie (Sergent). Mais, pour la majeure partie des médecins d'Algérie, il semble que ces deux affections aient réellement un rôle néfaste dans l'évolution de la tuberculose: et les traitements quinique et anti-syphilitique ont souvent amélioré d'une façon très nette, une tuberculose (pulmonaire ou autre).

« ...Chez les tuberculeux avérés, chez les tuberculeux chroniques, les accès de paludisme déterminent des poussées congestives.

«...Tout peut s'atténuer sous l'influence du traitement quinique qui a pour résultat de rétablir le tracé thermique dans son allure antérieure. Mais fréquemment, surtout lorsque les accès ne sont pas reconnus comme de nature paludique et ne sont pas traités à temps, nous assistons à de véritables poussées évolutives graves et rapides...

« ...Plus démonstratives sont les observations de malades qui débuent dans la tuberculose soit au cours, soit peu après une série d'accès paludéens...

« ...On améliore plus qu'on ne peut le penser certaines tuberculoses évolutives par un traitement quini-

que rationnel, dans les cas où il est justifié. (Lemaire, Aubry et Thiodet. Journal de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord, n° 4, avril 1924).

« ...Le nombre élevé de syphilitiques, parmi nos tuberculeux indigènes, en fait un sujet d'étude très propice. En ce qui concerne la syphilis héréditaire, la question est jugée. Les heureux effets du traitement spécifique chez les enfants hérédo-syphilitiques atteints d'écrouelles et de scrofulo-tuberculides se vérifient journellement.

Chez l'adulte atteint de tuberculose pulmonaire, lorsque la syphilis est constatée soit par des signes cliniques au niveau de la peau ou des muqueuses, soit par un Wassermann positif, nous instituons régulièrement le traitement spécifique. Celui-ci manifeste fréquemment, même chez des cavitaires, de telles modifications que l'on ne peut s'empêcher d'attribuer une influence aggravante à la syphilis, dans l'évolution de la tuberculose. Nous ne cherchons pas à nier ici les effets sclérosants de la syphilis, tels que les décrit M. le professeur Sergent, et nous avons rencontré des Indigènes syphilitiques, dont la tuberculose évoluait lentement sous la forme chronique, bronchique et emphysémateuse. Ces cas sont plutôt rares en comparaison des formes évolutives; la fréquence des améliorations à la suite du traitement spécifique nous porte à attribuer à la syphilis des effets gravatifs habituels, chez les sujets particulièrement sensibles à la tuberculose. » (Lemaire, « La Tuberculose chez l'indigène musulman d'Algérie ».)

Nous avons déjà parlé de la fréquence des maladies broncho-pulmonaires aiguës chez l'Indigène, et du rôle prédisposant vis-à-vis de la tuberculose.

Donc, terrains affaiblis, les membres de la famille du

voyageur de retour se contaminent: c'est alors qu'on voit le tableau si fréquemment signalé par nos médecins de colonisation, de toute une famille disparaissant en deux ou trois ans. Car la tuberculose a, chez ces campagnards indigènes, une marche accélérée: il est rare que la maladie passe à la chronicité, et très fréquent, au contraire, qu'elle amène la mort en cinq ou six mois. tout se passe, nous l'avons déjà dit, comme chez les nègres amenés en France lors de la guerre. Les enfants disparaissent rapidement, victimes de la méningite; les femmes font des phtisies galopantes.

« ...Les formes de la tuberculose chez les Indigènes sont aussi variées que possible. Cependant, les chiffres résultant des entrées dans nos services hospitaliers nous montrent que les formes caséuses ou à évolution rapide constituent la grande majorité (87 %), des cas, alors que les formes à tendance fibreuse ne représentent que 13 %.

A elles seules, les pneumonies caséuses ou granulie représentent 41 % des cas observés à l'hôpital... (Lemaire).

CHAPITRE IV

Mesures prises pour lutter contre la Tuberculose des Indigènes en Algérie et contre son expansion à la suite de l'émigra- tion des Travailleurs vers les grandes villes.

A ce jour, peu de chose a été fait. Examinons, en effet, dans quelles conditions se font le départ et le retour de nos travailleurs.

Lors de l'embarquement de tout Indigène pour France, il est exigé, en vertu du décret ministériel du 4 avril 1928 :

1° Un certificat médical ainsi conçu :

Certificat médical (exempt de timbre)

Délivré en conformité d'instructions administratives aux travailleurs indigènes se rendant en France. (Décret du 4 avril 1928).

N° de la carte d'identité :

Le docteur....., demeurant à....., certifie avoir examiné le..... 19...., le nommé....
....., profession....., domicile....., et déclare qu'il n'est atteint d'aucune affection contagieuse, aiguë ou chronique.

Cet indigène a été revacciné le..... Le résultat de l'opération a été : positif — négatif — douteux.

Observations concernant l'état physique du visité ;
et tares physiques, lésions chirurgicales, cutanées ou oculaires, etc.... :

Fait à....., le..... 19....

Signature du médecin :

Nota. — Ecrire et signer lisiblement.

Pour éviter les substitutions de personne, le médecin ne procédera à la visite que sur le vu de la carte d'identité, et devra en mentionner le numéro sur le certificat.

Insister dans la recherche de la Tuberculose, de la Syphilis et des maladies vénériennes, du trachôme, de la teigne, sur les signes de déficience physique, pouvant prédisposer à la contamination tuberculeuse. En cas de doute ou de suspicion, en faire mention pour qu'au port d'embarquement, le médecin chargé de la contre-visite fasse procéder aux examens de laboratoire nécessaires.

La vaccination sera répétée avant l'embarquement, si le certificat n'établit pas nettement que la vaccination faite dans les cinq dernières années a été suivie de succès.

Au verso :

Contre-visite au port d'embarquement

N° d'inscription au registre
de la Santé :

Vu : autorisé à s'embarquer après visite médicale et revaccination (1).

A....., le..... 19....

Le médecin sanitaire :

(1) Supprimer ce mot si l'opération n'a pas été nécessaire.

.....

Par circulaire en date du 26 juin 1928 aux préfets d'Alger, d'Oran et de Constantine, le Gouverneur Général proposa ce modèle, ainsi rendu uniforme pour l'Algérie, et qui appelait bien l'attention du médecin sur

tous les points utiles (motifs de refoulement, fraudes par substitutions de personnes, etc...)

Ce modèle de certificat a été adopté depuis.

Ainsi, tout travailleur subit deux visites: l'une dans son village, l'autre au port. Nous nous étendrons sur cette dernière, en reproduisant un rapport qu'en 1926 M. le docteur Massonet adressait au préfet d'Alger :

« ...Le service médical est composé du Directeur du Service sanitaire maritime, et des docteurs Vérité et Gagé, médecins-visiteurs de la Santé depuis 20 ans. Il fonctionne tous les jours, de 8 heures du matin à 10 heures et demie, et de 2 heures à 4 heures de l'après-midi. Pour les jours fériés, et pour les dimanches, lorsqu'un courrier doit partir pour la France, une permanence est établie et un des médecins, prévenu téléphoniquement par le service de garde, visite et vaccine le ou les indigènes qui se présentent...

« ...La visite est passée dans un local situé au rez-de-chaussée de la Santé; l'identité de l'indigène est d'abord vérifiée, non seulement par l'examen de la photographie de la carte d'identité dont il est porteur, mais encore par la constatation des marques signalétiques (tatouages, cicatrices, taille, couleur des cheveux et des yeux, etc..) tous signes inscrits par les soins de l'autorité locale sur la carte qu'elle lui a délivrée. S'il déclare qu'il a été vacciné, on procède à l'examen de son certificat de vaccination, et la visite médicale commence. L'Indigène enlève sa chéchia, sa chemise et se présente le torse nu. Après auscultation (cœur, poumons), la tête, les yeux, la bouche sont examinés. Puis le pantalon abaissé permet l'examen de la partie inférieure du corps. Il est ensuite procédé à la vaccination dont nous parlerons plus loin. Nous avons constaté avec plaisir qu'aucune récrimination ne s'est jamais produite de la part des

visités qui se sont toujours soumis avec la meilleure grâce à l'examen médical.

J'ajouterai que les médecins-visiteurs, qui connaissent les mœurs indigènes, agissent avec doigté et tiennent compte, dans la mesure compatible avec les nécessités d'un examen sérieux, des coutumes et des sentiments de pudeur des intéressés.

« ...Les principaux motifs de refoulement sont : la syphilis, les maladies vénériennes, la teigne, le trachôme, la gale, la tuberculose, la présence d'ecto-parasites. Pour ce dernier cas, le refoulement n'est que momentané, juste le temps nécessaire à un nettoyage. Pour les maladies vénériennes, autres que la blennorrhagie, je me suis mis en contact avec M. le docteur Murat, chargé du service de la Clinique Gémy... Pour ceux qui sont malades de blennorrhagie ou de gale, une carte leur donnant accès dans le service des maladies de peau du docteur Lucien Raynaud, à l'hôpital de Mustapha, leur permet de se faire délivrer gratuitement les médicaments, sans se faire hospitaliser.

Aux trochomateux originaires d'Alger, on indique l'adresse de la Consultation Indigène de la rue de la Bombe.

Enfin, j'ai demandé au docteur Argenson, Directeur du dispensaire anti-tuberculeux d'Alger, de bien vouloir nous renseigner, par un examen radioscopique, dans les cas douteux de tuberculose, en visitant les indigènes qui pourraient se présenter à lui, porteurs d'un mot émanant du Service sanitaire. Je dois dire que jusqu'à présent, nous n'avons pas eu à utiliser ce procédé d'investigation, les rares tuberculeux que nous avons refoulés ayant des lésions cliniques ne permettant aucun doute sur une tuberculose en évolution. J'exprimerai le désir que l'entrée de l'hôpital de Mustapha, dans

lequel fonctionne un service de traitement de la teigne, par les rayons X, soit facilitée aux teigneux, puisqu'un traitement d'une dizaine de jours permettrait de les guérir; outre le bienfait que chacun d'eux en retirerait, il y aurait là un moyen de supprimer des foyers de contagion, lorsque les indigènes regagnent leurs douars sans avoir été traités...

Nécessité de la visite aux ports d'embarquement.

La pratique du service nous a fortifié encore dans l'idée que la visite devrait être passée aux ports d'embarquement, et par des médecins désignés par l'Administration... L'Indigène, examiné au départ de sa commune par le médecin local, peut de ce jour au jour de l'embarquement, contracter une maladie contagieuse, particulièrement une maladie vénérienne, d'autant qu'il arrive le plus souvent à Alger dix, douze ou même quinze jours après la date à laquelle la carte lui a été délivrée.

Citons à ce sujet deux indigènes atteints de variole au début de leur éruption et qui, sans la visite le jour du départ, auraient pu s'embarquer et séjourner durant toute la traversée en contact avec tous les passagers de quatrième classe...

Au surplus, les sociétés médicales qui s'occupent depuis la guerre, de la question de l'immigration des étrangers en France, ont toutes exprimé le vœu que la visite soit passée au port d'embarquement ou aux frontières terrestres, suivant le lieu de provenance des immigrants. Nous ne comptons pas comme immigrants nos indigènes sujets français, mais au point de vue de la prophylaxie, les mesures sanitaires doivent être les mêmes, l'hygiène et la maladie n'ayant pas de patrie.

« ...Certes, cette immigration est une nécessité, la guerre a supprimé un million et demi de Français et,

par les mutilés, a diminué la capacité de rendement du capital ouvrier, industriel et agricole...

« ...La Métropole, sans considérer ses sujets comme des étrangers, a pensé, néanmoins, qu'ils pourraient, par leur afflux en grand nombre, et par leur manque de souci d'hygiène, apporter chez elle les germes infectieux dont elle a à se défendre; en instituant la visite au port d'embarquement, en soumettant les indigènes à la vaccination avant l'embarquement, elle a transformé en mesure d'exécution le vœu exprimé par l'Académie de Médecine et les Sociétés médicales, et a appliqué, pour l'Algérie, la première étape de la police sanitaire d'immigration réclamée par le XIII^e Congrès d'Hygiène. »

(Depuis ce rapport, une circulaire ministérielle a permis, ce qu'avait demandé le docteur Massonet, de refouler les débiles, les cardiaques, les herniaires, les vieillards, qu'aucun texte ne visait, et qu'attendaient en France toutes les misères, vu leur incapacité de travail).

Ainsi, au point de vue tuberculose, sont refoulés malades et prétuberculeux. Pour 1928, entre le 26 juin et le 6 décembre, on n'a dépisté qu'une tuberculose pulmonaire, deux abcès froids et une tuberculose cutanée. Le premier triage au village est donc sévère, et, sauf quelques exceptions, on peut dire qu'il ne part pas de tuberculeux en France.

Pour 1929, 32.738 indigènes se présentèrent à la contre-visite à Alger. 1.070 furent refusés, dont: 145 pour débilité; 2 pour maux de Pott; 17 pour sommet suspect; 32 pour tuberculose pulmonaire.

2° Par ailleurs, on exige de chaque candidat au départ, qu'il présente une somme de 150 francs. En effet,

quand cette mesure n'existait pas, il arrivait souvent que, ne trouvant aucun travail (surtout en 1926-1927, années où le chômage sévit en France, sans entraver d'ailleurs le départ des Indigènes), pendant parfois de longs mois, l'Indigène était voué à une misère complète, et arrivait à un état de déficience organique tel que le moindre bacille de Koch, ou autre bacille pathogène, avait partie gagnée dès l'abord. On a cité le cas d'indigènes partis en France lors du chômage de 1927, et restés six mois sans travail, ayant vécu on ne sait trop comment, par quels expédients ?...

3° Au point de vue administratif, on exige le dépôt, au bureau des Domaines du lieu d'origine, d'une somme de 125 francs, pour parer aux frais de rapatriement, s'il s'imposait. Car, en 1927, le Gouvernement Général dut déboursier de grosses sommes pour faire revenir les milliers d'Indigènes qui se trouvaient sans travail dans la Métropole.

Telles sont les mesures régissant actuellement le départ de nos Indigènes pour France.

Lorsqu'ils quittent leur village pour une ville d'Algérie, aucune formalité ne leur est imposée. Aussi, les individus rejetés pour tuberculose, pré-tuberculose, débilité ou autres affections, se retournent vers la ville algérienne: la vie qu'ils y mènent aura tôt fait, non seulement d'accentuer leur mal et de les mener à l'hôpital, mais de contaminer leurs camarades de chambre encore sains.

Mesures prises en France pour la protection des Travailleurs Indigènes.

Pendant la guerre, les travailleurs nord-africains étaient accueillis, à Marseille, dans des locaux spéciaux, où ils étaient logés, nourris jusqu'à leur répartition dans les diverses villes qui les emploieraient.

Actuellement, rien ne subsiste de cette organisation. Directement, les travailleurs se dirigent vers les centres où ils pensent, ou savent trouver un emploi.

Là, ils sont en général abandonnés à eux-mêmes pour le choix d'un logement. Nous avons vu que rien d'officiel n'existait pour leur assurer un logement sain, ou pour les protéger contre l'avidité des spéculateurs sans scrupules.

Mais il n'en est pas de même partout. On cite certains industriels, tels Michelin, à Clermont-Ferrand, qui ont organisé des quartiers réservés à leur main-d'œuvre indigène, surveillés au point de vue hygiène et surpeuplement.

En règle générale, nous pouvons dire que :

1° Les travailleurs vivent en France dans des taudis surpeuplés (on cite le cas de certains hôtels meublés abritant, la nuit, le double du nombre permis par la police et les bureaux d'hygiène).

2° Toute hygiène est bannie de ces logements, qui ne connaissent jamais de nettoyages, à plus forte raison aucune désinfection, et ne sont soumis à aucune surveillance.

3° Quant à la nourriture, rien d'officiel ne s'en préoccupe non plus. Autrefois, quand le contrat de travail existait (jusqu'en 1924), l'employeur, moyennant une

somme fixée, l'assurait... mais les ouvriers protestèrent, disant que le prix, ainsi établi, était exagéré, si bien que le contrat fut supprimé.

A Paris, sur l'initiative de M. Godin, conseiller municipal, a été créé un organisme dépendant de la Préfecture de police: le Service des affaires indigènes nord-africaines (Protection et surveillance des Indigènes nord-africains), placé sous la direction de M. Gérolami, administrateur détaché par le Gouvernement Général; cet organisme surveille la main-d'œuvre nord-africaine au point de vue moral (on n'a pas oublié que, surtout au début, nombreux furent les crimes, les vols dont se rendirent coupables quelques mauvais sujets qui s'étaient rendus en France.)

Il sert d'office de placement, et évite ainsi aux travailleurs un chômage qui leur ferait dépenser leur pécule, et les jetterait ensuite à la misère et à ses conséquences pathologiques.

Il a organisé des consultations médicales gratuites, dont nous avons déjà parlé (l'une pour les maladies vénériennes, l'autre médicale).

Remarquons, au passage, que tout individu présentant une blennorrhagie, un chancre, une syphilis, une tuberculose, est impitoyablement refusé à l'embarquement. Sauf quelques cas ayant échappés aux médecins visiteurs, ceux qui sont vus dans ces consultations proviennent donc de contagions effectuées dans la Métropole.

La consultation médicale qui, à ce jour, a donné 17.882 consultations à 4.390 malades, dont 1.124 tuberculeux, dépiste les tuberculeux: elle les adresse, pour confirmation bactériologique et radioscopique, à un dispensaire qui s'occupe des Indigènes: après confirma-

tion, le malade est rapatrié s'il peut supporter le voyage, hospitalisé dans le cas contraire. Très rarement, il est envoyé en sanatorium.

Enfin, le service des affaires indigènes a créé, à côté de la Mosquée, deux foyers, malheureusement trop petits, de 50 et 60 lits, où les indigènes trouvent à bas prix un logement sain, agréable et propre.

Des cafés-maures, protégés par l'Office, prospèrent: c'est la meilleure façon de lutter contre l'alcoolisme, que de ramener dans une atmosphère plaisante et familière, les travailleurs.

Bientôt s'ouvrira à Paris l'Hôpital Franco-Musulman qui recevra les Indigènes malades en France. Il ne faut pas oublier que Paris et les villes de banlieue occupent environ 45.000 nord-africains. Jusqu'à présent, ceux qui tombaient malades étaient accueillis dans les hôpitaux parisiens; ils trouveront bientôt asile dans un hôpital, dont les médecins connaîtront leurs coutumes, leur langue; des infirmiers musulmans, une nourriture conforme à leurs habitudes, feront moins craindre l'hospitalisation, et leur permettront de ne pas négliger leur mal jusqu'à l'épuisement. On pourra aussi mieux retenir les tuberculeux, que des salles spéciales accueilleront, prévenant ainsi pour une part la dissémination du bacille de Koch dans les campagnes algériennes. On éduquera en tous cas, ceux qui partiront, leur faisant comprendre la nécessité pour eux de s'isoler le plus possible de leur famille.

Conditions de retour.

Nous l'avons déjà dit, le retour est entièrement libre: directement, le travailleur passe du bateau au train, ou à l'autobus... s'il en a la force et s'il n'est pas hospitalisé le jour-même ou le lendemain dans la ville où

il a débarqué, comme on le voit assez souvent à la salle Laennec, (salle de tuberculeux), à l'hôpital de Mustapha, où nous avons relevé ces chiffres :

Nombre de tuberculeux Européens et Indigènes soignés à la salle Laennec :

Années	Européens	Indigènes	Indigènes ayant travaillé en France
1913	55	41	
1919	69	56	8
1921	75	104	10 (+ 3 gazés et 2 réformés pour tuberc.)
1928	64	171	12
1929	71	180	29

Ce tableau nous montre que l'Indigène se fait de plus en plus hospitaliser: il fallait lutter longtemps, il y a quelques années, pour arriver à le convaincre qu'il devait entrer à l'hôpital. Actuellement, souvent de lui-même, il s'y présente.

Nous remarquons aussi la prédominance de plus en plus accentuée de la clientèle indigène sur l'européenne; enfin, le nombre croissant de ceux qui ont fait des séjours en France comme travailleurs.

Mesures proposées

1° Visant les travailleurs se rendant en France :

A la vaccination antivariolique, nous pouvons ajouter la vaccination anti-tuberculeuse par injections sous-cutanées de B.C.G.

Des études sont en cours actuellement, en plusieurs pays, sur l'emploi du B.C.G. par cette voie. Calmette, Heimbeck, en Norvège (sur les élèves-infirmières de l'hôpital Ulleval, à Oslo, et sur toute une population rurale, en Trysil) ; Weil-Halle et Turpin, Parizot, Ferrier et Salem, pour n'en citer que quelques-uns, cherchent à en définir l'innocuité, la valeur vaccinnante et la technique. Les doses employées ont varié entre 1 et 5/100^e de milligramme. Ils arrivent à ces conclusions :

La vaccination, par voie sous-cutanée, des adultes à cuti-réaction à la tuberculine négative, a comme seul inconvénient, parfois, de petits abcès, durant de un à deux mois, et qui guérissent spontanément.

Quatre mois après la vaccination, on a retrouvé dans le pus de l'un de ces abcès (Parizot, Ferrier et Salem) les bacilles C.G., qui se sont montrés avirulents pour le cobaye, bien qu'ayant gardé leurs propriétés tinctoriales: donc, un séjour de quatre mois dans l'organisme humain n'avait pas redonné de virulence aux bacilles; il est probable qu'une plus longue observation permettra d'affirmer l'innocuité du B.C.G. par voie sous-cutanée.

Par ailleurs, dans des essais de traitement de la lèpre par injections de B.C.G., on est arrivé à des doses énormes sans aucun inconvénient.

M. le docteur Foley a pratiqué, à ce jour, 300 vaccinations par voie sous-cutanée chez des indigènes ; il poursuit actuellement ses expériences.

Calmette, dans la dernière notice, concernant la vaccination par voie sous-cutanée, donne les indications suivantes :

a) Effectuer la cuti-réaction, et la vérifier 4 et 8 jours plus tard ;

b) Employer une émulsion à 1/100^e de milligramme par centimètre cube (1 cmc étant employé pour la vaccination des enfants au-dessous de 15 ans, et 2 cmc pour les adultes). Avec ces doses minimales, l'effet vaccinant est obtenu, et les abcès sont très rares, si l'injection est bien sous-cutanée et non intra-dermique.

Weill-Hallé et Turpin conseillaient, en février 1929, la vaccination des indigènes coloniaux venus en France. Mais, si le principe est facile à agréer, il faut en régler les détails de technique. Où sera-t-elle pratiquée ? Le plus logique semble de procéder à cette vaccination lors de la contre-visite aux ports d'embarquement. Actuellement, lors de cette visite, on pratique généralement la vaccination anti-variolique : ainsi, en 1929, sur 32.738 visités à Alger, 30.748 ont été vaccinés par les soins de la Santé, 1.980 possédant seulement des certificats de revaccination. On ajouterait donc la piqûre de B.C.G. ; il suffirait de munir la Santé Maritime de seringues, d'aiguilles en nombre suffisant, et surtout de personnel médical. Quant au vaccin, il serait fourni par l'Institut Pasteur d'Algérie, qui s'organiserait pour le fabriquer. Le laboratoire du B.C.G., sous la conduite de Mme Ducros-Rougebief, fabrique déjà le vaccin B.C.G. pour les nourrissons (ingestion). Il lui

sera facile de le cultiver sur milieu de Sauton (1). (En effet, le B.C.G. destiné à la vaccination par voie sous-cutanée doit être cultivé, en voile, sur milieu liquide, et non sur pomme de terre glycinée).

Mais la vaccination doit être précédée de l'épreuve de la cuti-réaction à la tuberculine (Von Pirquet), qui n'est vérifiable que de 4 à 8 jours après (MM. Parrot et Foley conseillent de la vérifier 4 jours après).

Où donc effectuerons-nous ces cutis?... Au lieu d'origine, ou au port d'embarquement?...

Première solution. — Le médecin du lieu d'origine, muni de tuberculine, que fournit l'Institut Pasteur, pratique la cuti-réaction. Tant qu'elle ne serait pas vérifiée (c'est-à-dire pendant quatre jours), la carte d'identité sera retenue à la mairie, ou chez l'administrateur. Le résultat de la cuti étant ajouté au certificat médical, le candidat-voyageur partirait pour le port, et lors de la contre-visite, la vaccination par le B.C.G. serait effectuée, en cas de cuti-réaction négative.

D'ailleurs, le médecin communal ou de colonisation pourrait aussi pratiquer lui-même la vaccination.

Deuxième solution. — La cuti-réaction serait pratiquée au port d'embarquement. Mais il faut ainsi que l'indigène reste au moins cinq jours dans cette ville, et on peut difficilement lui imposer les frais que représente un pareil séjour. Aussi a-t-on pensé à créer des « Fondouks sanitaires » dans les ports importants.

(1) Milieu de Sauton : Asparagine	4 grs
Glycérine pure	60 grs
Ac. citrique	2 grs
Phosphate bipotassique ..	0,5 grs
Citrate de fer ammoniacal	0,05 grs
Eau	946 grs

Le « Fondouk sanitaire », homologue des hôtels d'émigrants bâtis dans les grands ports (Le Havre, par exemple) abriterait les travailleurs pendant cette période: bâtis simplement, mais bien aérés, bien éclairés, chauffés, ils comporteraient des chambre au mobilier rustique et facilement désinfectable (nattes de sparterie, tables et chaises de fer), des lavabos, des cuisines, une salle de douches, des étuves à vapeur, et enfin une salle pour l'examen médical et une infirmerie. Dès leur arrivée, après un repos, les Indigènes passeraient à la douche, seraient épouillés s'il y avait lieu, pendant que leurs vêtements passeraient à l'étuve, ou à l'appareil de sulfuration (tel celui, si intéressant par son poids et son prix réduits, utilisé par le Service de la Santé Maritime d'Alger).

Une fois propres, ils subiraient la visite médicale; ceux qui ne seraient pas refusés, recevraient, sur un bras, la vaccination antivariolique; sur l'autre, on procéderait à la cuti-réaction.

Puis ils passeraient quatre jours, en observation, sans contacts avec les populations de la ville, loin de la débauche qui les attire et leur donne souvent blennorragie et chancres, ce qui les ferait rejeter. Ils seraient nourris et logés gratuitement, ce qui rendrait facilement acceptable cet isolement. Pendant ces quatre ou cinq jours, l'observation permettra de déceler maintes maladies à incubation plus ou moins longue: variole, blennorragie, syphilis, typhus, contractées pendant les jours précédents.

Le cinquième jour, la cuti serait vérifiée: les sujets n'ayant pas réagi recevraient l'injection de 1/50^e de milligramme de B.C.G., puis l'embarquement se ferait.

Un dernier avantage, enfin, au point de vue moral, serait la possibilité de faire, profitant de leur réunion,

des conférences en kabyle et en arabe, à tous ces futurs habitants de grandes villes françaises, les mettant en garde contre la débauche et ses dangers, contre l'alcool, la saleté (« La propreté est de Dieu, la saleté est du Diable » : Le Koran); les taudis, et surtout contre la tuberculose: on les engagerait à consulter dès qu'ils se sentiraient malades. Et des films, tels que ceux qui sont actuellement en cours d'exécution pour le Service Central d'Hygiène, achèveraient de les convaincre.

Ce projet est très séduisant, mais a contre lui les frais énormes qu'il entraînerait. En effet, en 1929, 32.738 Indigènes se sont présentés à la Santé d'Alger, soit une moyenne de 90 environ par jour (pour 1928, les chiffres sont très semblables: 32.689). Mais, en réalité, il est des jours où il ne part aucun indigène (pendant le mois du Rhamdan) et des jours où il s'en présente 200 et plus. Il faudrait donc prévoir un établissement capable de recevoir une moyenne, au moins, de 150 Indigènes par jour et de les héberger cinq jours : soit $150 \times 5 = 750$ places. Ainsi, il faudrait que le « fondouk », pour Alger, abritât 750 Indigènes; et il faut prévoir également la nourriture de ces 750 émigrants.

Comment couvrir ces dépenses? Il faudrait s'adresser à ceux qui profitent de cette main-d'œuvre: les employeurs de France pourraient verser, pour chaque indigène employé, une taxe annuelle. Le Gouvernement Général de l'Algérie et l'Etat français compléteront ces ressources par des subventions, car cet organisme serait utile à tous deux: à l'Algérie en plaçant ses Indigènes dans de bonnes conditions d'hygiène; à la France, en la préservant de maladies qu'auraient pu importer ces émigrants.

En France.

Lorsque les émigrants débarquent actuellement à Marseille, ils ne trouvent aucun refuge pour les recevoir : ils sont forcés de trouver un abri jusqu'à ce qu'ils prennent le train pour aller dans le centre ouvrier choisi, et, le plus souvent, trouvent asile en des cafés-maures ou des gargottes. Ils devraient être réunis en un camp, comme il en existait un pendant la guerre : situé sur les quais, non loin du point de débarquement ; ce refuge comporterait, au grand avantage des travailleurs et des patrons, un centre médical de triage, qui, étant en relations avec les employeurs, dirigerait l'ouvrier, suivant ses aptitudes physiques, sa faiblesse de constitution, vers l'industrie ou vers les exploitations agricoles.

Il peut sembler difficile d'envoyer aux champs, lorsqu'il veut aller dans une usine, le travailleur ; pourtant s'il était assuré de trouver un salaire identique, des facilités de logement, de nourriture, nous croyons qu'il se laisserait persuader, surtout s'il n'a pas encore goûté à la grande ville de France, les hauts salaires, seuls, l'intéressant encore.

Ce Centre de triage, en relations avec les offices départementaux de la main-d'œuvre, rendrait ainsi un grand service aux débiles, qu'il placerait dans d'excellentes conditions de vie, et aux exploitations agricoles, qui manquent de main-d'œuvre.

Une fois en possession d'un emploi en rapport avec leur force de constitution, il faudrait pouvoir assurer à l'ouvrier indigène un logement sain, et une nourriture suffisante. Les œuvres officielles, bien que parfaites en leur esprit, sont trop peu développées : les foyers indigènes que nous avons signalés (l'un à Colombes, l'autre

à Paris, rue Leconte) ne donnent que 110 lits; qu'est-ce pour une population indigène (Algériens, Tunisiens et Marocains) de 45.000 individus ?

Les initiatives patronales, telles celles de Michelin, réservant des quartiers spéciaux, des restaurants à bas prix sont à encourager. On pourrait au besoin obliger les employeurs à s'occuper d'améliorer le sort des indigènes : si l'on compare les avantages réservés aux ouvriers que l'on fait venir à grands frais de Pologne ou d'Italie, si l'on pense aux conditions imposées par ces nations aux employeurs français, faute desquelles interdiction de sortie est faite aux émigrants, on reconnaîtra que nous sommes en droit d'exiger pour nos travailleurs, sujets français, des mesures de protection : la création de cités ouvrières musulmanes, très simples, serait exigée : les Indigènes occuperaient chaque maisonnette par groupes sympathiques (de préférence, ils seraient du même village, pour éviter les querelles qui surgiraient inmanquablement dans le cas contraire). A tour de rôle, l'un d'eux serait chargé du nettoyage, ayant des heures de liberté dans ce but. Des douches, sommairement installées, seraient à leur disposition.

Quant à la nourriture, si l'on spécifie qu'elle est fournie moyennant une indemnité de X francs, les protestations recommenceront; il faudra, simplement, exiger que les entreprises importantes nourrissent les ouvriers sans avoir l'air de toucher au salaire, étant bien entendu que cette restauration ne sera jamais une source de bénéfices.

Le restaurant patronal, tenu par un indigène qualifié et sain, fournira alors une nourriture conforme aux habitudes et à la religion des musulmans, et calculée en vue d'un travail intensif, en un climat froid : mais il faudrait faire consommer le repas au restaurant mê-

me; en effet, quand le contrat de travail existait, et qu'il faisait nourrir l'ouvrier, on voyait souvent des indigènes vendre la majeure partie de leur repas pour acheter du vin, ou augmenter leurs économies.

L'alcool serait interdit en ces restaurants.

Les cantines ne donneront pas de résultats appréciables : malgré les bas prix auxquels seraient fournies les denrées aux Indigènes, ils continueront à se nourrir chichement, pour économiser. Il serait bon, toutefois, d'en favoriser la création dans les grandes villes, où abondent les indigènes.

Nous proposerons enfin, pour assurer une bonne hygiène à ces travailleurs, la création de « Surintendants Indigènes ». On a souvent dit tous les services que rendent aux ouvriers et ouvrières les surintendantes d'usines : affectées spécialement à la surveillance des ouvriers (au point de vue moral, hygiénique, concordances des capacités physiques et intellectuelles aux emplois, dépistage des malades), elles servent de liaison entre les patrons, ainsi déchargés de tous ces soins, et la classe ouvrière, pour le plus grand bien des deux partis, assurant aux ouvriers le maximum de bien-être, aux patrons le maximum de rendement. Ce sont encore elles qui surveillent, lorsqu'il y a lieu, l'hygiène, la propreté des cités ouvrières, et gèrent les restaurants patronaux. Vouloir affecter des surintendantes à la main-d'œuvre indigène serait aller à un échec : le sexe faible est, pour l'indigène, négligeable, méprisable même. Mais, remplaçons-les par des Indigènes instruits, civilisés, comme il en existe beaucoup actuellement : il leur serait demandé du dévouement, de l'amour pour leurs correligionnaires, une connaissance superficielle des maladies : des auxiliaires médicaux pourraient ainsi se créer des situations intéressantes et feraient cer-

tainement beaucoup de bien aux travailleurs indigènes qui les écouteront : ils les conseilleraient, leur montreraient les dangers de l'alcool, de la débauche, de la malpropreté ; ils surveilleraient les restaurants, la propreté des habitations ; ils adresseraient enfin au médecin ceux qui leur paraîtraient malades, et qui, sans eux, négligeraient de se soigner.

Car il faudra également prévoir, dans toute entreprise employant un grand nombre d'indigènes, une consultation médicale, assurée par des praticiens au courant de la pathologie de ces travailleurs, et surveillant surtout l'apparition de la tuberculose.

Mesures à prendre pour la protection des Travailleurs dans les villes algériennes.

Les problèmes sont les mêmes qu'en France : nourriture déficiente, taudis, alcoolisme ; le plus important pour l'Algérie est le Taudis. Les « Casbah » des grandes villes doivent disparaître : aux rues étroites, en tunnels parfois sous les maisons rejointes, sales, non ensoleillées doivent faire place des rues larges, aérées, largement éclairées : il ne faut pas se cacher la difficulté de pareille tâche. M. le docteur Lemaire a proposé la construction, près des grandes villes, en des banlieues à terrain encore à bas prix, de quartiers indigènes modernes :

Les maisons y conserveraient leur caractère romain : cour centrale, mais ouverte, non couverte, sur laquelle s'ouvriraient, par de larges et hautes portes, et par de larges fenêtres vitrées, les chambres. Ainsi, tout en pré-

servant l'intérieur de la maison des regards, on assurerait l'aération et l'ensoleillement. Toutes les maisons n'auraient qu'un rez-de-chaussée. Les chambres seraient munies de cheminées, tirant bien : ainsi serait évitée la lente intoxication par l'oxide de carbone. L'eau serait distribuée abondamment; des égouts, en bon état, et des latrines publiques, surveillées, feraient disparaître la fécalité des rues.

Pour Alger, M. Lemaire propose la vallée du Frais-Vallon, qui répond à toutes les exigences : située à proximité de la ville européenne, dans une vallée très ensoleillée, balayée par la brise, elle jouit d'un climat idéal; les terrains y sont relativement peu coûteux, les égouts et les canalisations d'eau y seraient facilement installés, et raccordés à ceux du quartier de Bab-El-Oued. Un autre emplacement serait le Plateau de la Redoute (Fort des Arcades, près Alger) si le premier ne convenait pas, pour une raison quelconque. Mais ces projets demandent de grands crédits, aussi faudra-t-il attendre longtemps avant d'arriver à leur mise en exécution.

Pourtant, devant l'extension de la tuberculose dans la Haute-Ville, et devant l'augmentation incessante de la population indigène, il faudra bien se décider.

En attendant la création de ces villes indigènes modèles, il existe déjà des agglomérations rurales, conçues et exécutées récemment, qui font une large place à l'hygiène : c'est ainsi qu'à Sétif (Propriétés Lévy), à El-Affroun, à Mouzaïaville, sont construits de ces villages modèles, et qu'à Bordj-Ménaïel va bientôt en être édifié un (Décision du 27 février 1930, du Gouvernement Général).

Il faudrait pouvoir visiter les maisons de nuit, pour réprimer le surpeuplement de la Casbah; malheureu-

sément, la loi ne le permet pas. Et les propriétaires des maisons de la Casbah continuent à exhausser leurs maisons, au détriment des habitants des étages inférieurs, et ce malgré l'opposition, qui ne peut être que de principe, du docteur Lemaire, qui voit se dresser contre lui les élus municipaux indigènes, protestant contre ce qu'ils nomment : une atteinte à la liberté des Indigènes...

Des conférences, des films commentés en arabe par des notabilités musulmanes, en ayant compris le but salulaire, pourront agir sur la masse. Nous avons déjà dit qu'il y en avait actuellement quatre en cours d'exécution, et qu'ils seraient bientôt réalisés et présentés par les soins du Service central d'Hygiène et de Médecine Préventive.

Enfin, l'école, française ou franco-arabe, jouera un rôle important dans cette croisade contre la tuberculose et le taudis indigènes.

Les jeunes esprits sont plus faciles à façonner, et il faut espérer que l'idée d'hygiène et de propreté s'imposera chez eux.

Tous ces moyens ne donneront de résultats qu'à longue échéance.

Mesures à prendre au retour des Travailleurs.

Nous avons vu le danger que faisaient courir les travailleurs tuberculisés en France et dans les villes d'Algérie à leur famille, lors de leur retour.

Pour ceux qui reviennent des villes algériennes, il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'envisager des mesures de protection.

Mais, pour ceux qui reviennent de la France, un simple décret ministériel pourrait rendre une visite médicale obligatoire. Nous en verrons les avantages. Mais, tout d'abord, en quel port l'effectuer : en France ou en Algérie ?

En France, répond-on souvent ; ainsi, les tuberculeux dépistés seront hospitalisés dans des formations spéciales qui seront édifiées, ou dans des sanatoria destinés aux Indigènes Algériens ; on évitera ainsi sûrement la contamination des familles. Les objections à ce projet sont nombreuses ; les travailleurs ne consentiront pas à rester si loin de chez eux ; se sentant malades, et gravement, ils voudront aller mourir au pays natal. Nous avons dit combien importante, à leurs yeux, était l'inhumation en terre natale. Leur proposer, en cas de décès, de ramener leur corps serait peu humain.

Une autre objection est qu'ils se sentiraient dépaysés ; alors que, malades, ils sont de plus en plus nostalgiques, les retenir en France semble peu facile ; ils crieront à l'emprisonnement.

Reste alors la visite au débarquement : que ferons-nous des tuberculeux ?

On a proposé, pour l'Algérie, différents moyens d'obtenir leur isolement. Tout d'abord, l'hôpital-sanatorium, identique à ceux qu'on veut établir en France. Nous pensons que les Indigènes y accepteront plus facilement l'hospitalisation, se sentant près de chez eux, pouvant recevoir la visite de leur famille. Dans leur exil, ils ont déjà, pour la plupart, fait connaissance de la médecine européenne, ils sont pleins de confiance en elle.

La difficulté proviendra, comme toujours, de l'importance des crédits à engager. M. le Professeur Ardin-Delteil avait étudié, pour l'association Algérienne contre

la Tuberculose, deux emplacements destinés à recevoir les bâtiments d'un sanatorium : l'un est situé à Saint-Ferdinand, à 30 kilomètres d'Alger, l'autre à Haouch-El-Kadi, à 40 kilomètres d'Alger, sur la route d'Alger à Bou-Saâda. L'on pourrait réserver l'une de ces parcelles à la construction d'un hôpital-sanatorium pour Européens, et l'autre à un établissement semblable destiné aux Indigènes tuberculeux qu'on trouverait lors des visites médicales au départ et au retour. On pourra également en construire un dans les montagnes kabyles, qui serait réservé à ceux justiciables de la cure d'altitude (ils sont assez rares parmi les indigènes, qui font surtout des formes très rapides).

Quels seront les résultats obtenus par cet hôpital-sanatorium ?

Les tuberculeux arrivés à la période terminale (et ce sont les plus dangereux, par le nombre formidable de bacilles qu'ils expectorent) y mourront sans contaminer leur famille.

Ceux qui en sont à une période moins avancée, grâce aux soins reçus, au repos absolu, à la bonne nourriture, pourront peut-être guérir. On leur aura appris, au moins, la gravité de leur retour chez eux, et quelques mesures d'hygiène qui pourront aider un peu à combattre l'extension du fléau : isolement relatif, linge spécial, dortoir séparé, dans une chambre à part, crachoir. Cela semble bien illusoire pourtant ; il faudrait pouvoir les retenir jusqu'à leur mort à l'hôpital ; toutes sortes de raisons s'y opposeront : lassitude du malade, qui ne constatera aucune amélioration ou une amélioration insensible, envie de revoir la famille et le village natal, et surtout, manque de crédits et de place.

Il faut donc tenter quelque chose de plus. On pourra,

dans les villages où existent des infirmeries indigènes, y créer des salles réservées aux tuberculeux.

Enfin, dans les douars, la création de gourbis, où, le soir venu, iront dormir les tuberculeux, est à tenter : ceux qui partiraient de l'hôpital-sanatorium seraient signalés à l'administrateur. Le médecin de colonisation dépisterait également les tuberculeux du douar, aidé par l'auxiliaire médical et l'infirmière visiteuse. Et tous ces tuberculeux se rendraient, la nuit venue, dans le local spécial. Si l'on arrivait à ce résultat, ce serait toujours quelques chances de contamination qui disparaîtraient.

Toutes ces mesures, pour être jugées, devraient être essayées dans une région pas trop vaste ; ainsi, avec des dépenses réduites, on pourrait se faire une opinion, et juger de l'opportunité d'une généralisation.

Ce qu'il faudra surtout, c'est arriver à faire comprendre aux indigènes que la tuberculose est contagieuse. Pour eux, elle est due au froid. Des conférences en Arabe, en Kabyle, faites par les immams, les caïds, eux-mêmes instruits de ce qu'est la tuberculose, et comment on peut lutter contre elle, par les auxiliaires médicaux ; des films, adaptés à la mentalité indigène et commentés par ces mêmes personnes, frapperont, à force de persévérance, les esprits. Et, pour atteindre le plus possible d'individus, conférences et films seront présentés les veilles et les jours de marché, qui, on le sait, sont très fréquentés par les Indigènes.

Lutte antituberculeuse dans les Douars.

A côté de la prophylaxie basée sur l'isolement des travailleurs revenant tuberculeux de France, il convient d'isoler, comme nous l'avons dit plus haut, tous les tu-

berculeux existant dans les douars : femmes, vieillards.

Ce sera encore plus difficile que pour les émigrés.

« ... Serons-nous plus heureux pour l'évacuation du malade et la sauvegarde de l'entourage? Hélas, ici aussi nous nous heurtons à d'énormes difficultés. La vie musulmane, toute patriarcale, est groupée autour du foyer. Le malade, pas plus que son entourage, ne peuvent concevoir qu'on s'en écarte au moment où l'on souffre... » (Lapin, Maroc-Médical.)

Que penser de l'isolement prophylactique des enfants indigènes dont la famille recèle un ou des tuberculeux? Nous possédons un site merveilleux, au bord de la mer, doté de constructions en excellent état, et inutilisé : nous voulons parler de l'ancien lazaret du Cap-Matifou, qui sert, actuellement, à l'isolement des pèlerins de retour de la Mecque, c'est-à-dire qu'il est inoccupé 11 mois sur 12 ; il est vrai que depuis peu, il abrite, lors des chaleurs, des colonies de vacances. Ainsi, sans aucune dépense, on réaliserait un préventorium pour les jeunes indigènes ; mais il ne faut compter pouvoir les enlever à leur famille. S'il est difficile d'isoler, d'hospitaliser un malade, on ne fera jamais comprendre à des musulmans qu'un enfant paraissant sain doive vivre loin de ses parents.

La seule mesure qui arrivera à sauver les races autochtones du fléau tuberculeux est la vaccination par le BCG.

La vaccination des nourrissons indigènes par ingestion de BCG.

Le BCG, donné par voie buccale dans les dix premiers jours, s'avère actuellement comme absolument inoffensif. Il semble protéger l'enfant, non seulement contre la tuberculose, mais contre les maladies infantiles en géné-

ral, puisque la *mortalité générale* est bien plus faible chez les vaccinés que chez les non-vaccinés.

La vaccination, au premier janvier 1930, avait porté, en France seulement, sur 210.000 nourrissons.

« Deux sortes de preuves sont particulièrement convaincantes de l'innocuité du BCG ; la première résulte de ce fait que, tant en France que dans presque tous les pays du monde, des centaines de milliers d'enfants ont été, au cours des cinq dernières années, soumis à cette vaccination, sans que nulle part, on ait pu faire la démonstration qu'un accident, survenu après l'ingestion du vaccin, soit imputable à celui-ci. En fait, aucune méthode de vaccination contre une maladie infectieuse ne s'est révélée jusqu'ici aussi inoffensive.

« La seconde sorte de preuve nous est fournie par les autopsies d'enfants qui, ayant été vaccinés avec le BCG dans les 10 jours suivant leur naissance, ont succombé dans la suite à des maladies quelconques, étrangères à la tuberculose... Or, dans aucune de ces autopsies, bien qu'il ait été possible parfois de retrouver des bacilles acido-résistants dans les ganglions lymphatiques, il n'existait de lésions tuberculeuses, et la réinoculation de ces ganglions au cobaye n'a jamais donné lieu à un processus tuberculigène quelconque. » (Calmette, Académie de Médecine, 14 janvier 1930).

Absolument convaincus de l'innocuité du BCG chez les nourrissons, et de ses effets protecteurs, nous l'appliquerons aux nourrissons indigènes. Mais, nous nous heurterons à de grandes difficultés. Il ne faut pas oublier que nous sommes en pays arabe, que l'état civil est encore embryonnaire dans les campagnes. Dans les villes, l'arabe est civilisé, se rend compte des avantages trouvés à déclarer les naissances. Aussi sera-t-il facile d'arriver

à vacciner les enfants des citadins. Des tracts en arabe, édités par le Service Central d'Hygiène, des articles parus dans les journaux arabes, font une active propagande parmi les masses musulmanes citadines, et, grâce au concours apporté par les infirmières-visiteuses, nous pouvons espérer arriver à vacciner tous les jeunes indigènes des villes, sans exceptions.

Mais, dans les campagnes, il en est autrement. La commune mixte, au territoire immense, grand parfois comme deux départements français, sans routes carrossables, ne reçoit que rarement, en ses bureaux, déclaration des naissances, et les déclarations qui sont faites le sont toujours tardivement. Or, il faut vacciner dans les dix premiers jours.

Nous arriverons, malgré cela, peut-être à des résultats en augmentant le nombre des médecins de colonisation, d'infirmières-visiteuses et d'auxiliaires médicaux. Des tournées rendues ainsi plus fréquentes permettront d'arriver avant l'expiration des dix jours, et de procéder à la vaccination.

Et l'on peut songer déjà à la vaccination des jeunes enfants, non immunisés à la naissance par ingestion, et à cuti-réactions négatives, par injections sous-cutanées de BCG, en somme semblables à celles effectuées actuellement pour la première et la deuxième revaccination. (Querengal des Essarts a vacciné par voie sous-cutanée des enfants de 24 jours à 13 ans.)

Le vaccin sera fourni par l'Institut Pasteur d'Algérie.

Du 8 novembre 1924, date à laquelle les premières doses de vaccin anti-tuberculeux BCG ont pu être délivrées par l'Institut Pasteur d'Algérie, jusqu'au 31 décembre 1929, le nombre des enfants vaccinés en Algérie, tant européens qu'indigènes, a été de 5.539 (12 pour 1924,

101 en 1925, 509 en 1926, 777 en 1927, 2.199 en 1928, 1.931 en 1929).

Le nombre des premières revaccinations (au bout de la première année) s'est élevé à 534 (39 en 1926, 82 en 1927, 161 en 1928, 252 en 1929).

Enfin, celui des enfants revaccinés pour la deuxième fois, à l'expiration de la troisième année, a été de 78 (3 en 1927, 7 en 1928, 68 en 1929).

Au total, l'Institut a délivré du vaccin pour 6.151 vaccinations ou revaccinations.

Durant l'année 1929, 1.045 enfants vaccinés en 1928, qui avaient atteint l'âge de 1 an, ont été suivis.

295, ayant vécu exposés à la contagion, ont fourni une mortalité générale par tuberculose de 2,7 %, et la mortalité générale par toutes maladies fut de 9,5 %.

Pour l'ensemble de ces 1.045 enfants, la mortalité par tuberculose, durant la première année de la vie, a été de 1,75 % et la mortalité générale par toutes causes de maladie de 15,2 %.

(Renseignements aimablement communiqués par M. E. Sergent et Mme H. Ducros-Rougebief.)

Lutte anti-paludéenne et anti-syphilitique.

Un à-côté important de la lutte anti-tuberculeuse en Algérie réside dans le traitement de deux maladies le plus souvent prédisposantes : paludisme et syphilis.

« L'influence pernicieuse du paludisme comme facteur de déclenchement de tuberculose jusque là latente, ou d'aggravation, d'accélération de la tuberculose pulmo-

naire, est un fait tellement fréquent qu'il est en quelque sorte banal pour ceux qui ont l'occasion de l'observer dans nos services d'hôpitaux. » (Lemaire, Aubry et Thiodet.)

Jusqu'à présent, l'Institut Pasteur d'Algérie avait été chargé de la lutte anti-paludéenne. Par ses affiches, ses brochures distribuées partout et surtout dans les écoles, par ses conférences aux membres enseignants, aux foules, par ses maquettes et ses films très démonstratifs, il a réussi à faire comprendre à peu près dans toute l'Algérie d'où venait le danger : le marécage, l'eau stagnante, le moustique.

Les mesures qu'il conseilla (grillages, moustiquaires, faucardage et pétrolage de marais, quininisation préventive) aidèrent puissamment les populations européennes à se défendre des fièvres, et la stérilisation des paludéens indigènes, réservoirs de virus, fut grandement amorcée par la distribution large de quinine à toutes les communes, et l'instauration des « agents quininisateurs » (auxiliaires médicaux, garde-champêtres); jusqu'à présent, les communes payaient cette quinine.

Depuis le premier janvier 1930, le Service Antipaludique est passé sous la direction du Service Central de l'Hygiène Publique, qui a intensifié la lutte, et va la généraliser dans toute l'Algérie. Grâce à des crédits élevés obtenus, le Service de l'Hygiène va faire procéder en accord avec le Service des Travaux Publics, à des grands travaux d'assainissement (dessèchements de marais, etc...). Pour 1930, les crédits obtenus dans ce but s'élèvent à 30 millions.

Le personnel médical, et celui utilisé pour la lutte anti-larvaire, également augmentés de nombre, permettront une lutte plus soutenue. La propagande continue

à être assurée par les conférences, et les films dont quelques-uns nouveaux.

Enfin, une mesure qui aura les meilleurs effets a été obtenue du Gouvernement Général : dorénavant, les communes ne paieront que le quart de la quinine fournie, les trois autres quarts restant à la charge du Gouvernement.

Voilà où en est la lutte anti-paludique.

Quant à la lutte contre la Syphilis, elle n'a rien à envier à la première :

Alors qu'en 1927, il n'existait, dans toute l'Algérie, que 7 centres anti-vénériens, on pouvait en compter, en 1929, 200.

Pendant l'année écoulée, il a été distribué à ces 200 centres pour un million de médicaments (tant anti-syphilitiques qu'anti-gonococciques).

Et l'on espère encore ouvrir de nouveaux centres, et leur donner plus de médicaments.

On voit que cette lutte anti-paludique et syphilitique est en bonne voie, puisse-t-elle, en augmentant le degré de résistance des indigènes, contribuer à faire disparaître chez eux la tuberculose.

CONCLUSIONS

La tuberculose augmente de plus en plus parmi les populations musulmanes d'Algérie.

Une des causes les plus importantes de cette extension réside dans l'émigration des Indigènes des campagnes vers les grandes villes de France et d'Algérie, où, grâce à une alimentation insuffisante et carencée, au logement dans des taudis surpeuplés, à l'alcoolisme, au travail intense et inaccoutumé, ils contractent la tuberculose, à laquelle, semblables aux peuples primitifs, ils résistent peu, et la ramènent au village natal, provoquant ainsi l'expansion du fléau.

L'exode vers la France des travailleurs Indigènes, et surtout kabyles, coïncide nettement avec cette expansion.

Pour lutter contre cette dernière, il faut obtenir :

1) La vaccination des adultes en instance de départ pour France, par voie sous-cutanée, à l'aide du BCG, la cuti-réaction étant auparavant réalisée soit au village, soit dans des « fondouks sanitaires », qu'on aurait grand intérêt à organiser dans les ports importants d'Algérie (Alger, Bône, Philippeville, Oran) ;

2) L'organisation d'un refuge à Marseille, comprenant un centre de Triage, en accord avec les offices départementaux de la main-d'œuvre, qui dirigerait les travailleurs indigènes débiles vers les campagnes, et les individus de constitution robuste vers les centres industriels ou miniers ;

3) La création de quartiers indigènes, propres, clairs, aérés, non surpeuplés, de restaurants indigènes,

de consultations médicales gratuites, enfin, de surintendants indigènes, le tout étant sous la direction des employeurs, et établi à leurs frais ;

4) Lutte anti-alcoolique par les affiches, les conférences, la création de cafés-maures, et au besoin par l'interdiction légale de vente d'alcool aux indigènes ;

5) Réalisation de l'Hôpital Franco-Musulman de Paris, avec salles réservées aux tuberculeux ;

6) Au retour des travailleurs, instauration d'une visite médicale, avec hospitalisation des contagieux, soit en France, soit plutôt dans des hôpitaux-sanatoria et des sanatoria bâtis en Algérie.

Pour l'Algérie :

1) Reconstruction des quartiers indigènes des grandes villes, dans les banlieues, et sur des plans conçus suivant les règles de l'hygiène : Aération, ensoleillement, eau courante, égouts, rues larges, pas de surpeuplement ;

2) Organisation de sanatoria, d'hôpitaux-sanatoria, de salles pour tuberculeux dans les infirmeries indigènes, et de dortoirs dans les agglomérations, permettant aux contagieux de passer la nuit loin de leur famille ;

3) Vaccination par ingestion de BCG des nourrissons indigènes, dans la mesure du possible. Plus tard, vaccination par injections sous-cutanées de BCG, des enfants et adultes ne réagissant pas à la tuberculine ;

4) Enfin, lutte contre les maladies prédisposant à la tuberculose : paludisme, syphilis.

Toutes ces mesures, qui ont déjà été proposées, par le

Service Central de l'Hygiène et de la Médecine Préventive, au Ministère du Travail et de l'Hygiène, et au Gouvernement Général, dont quelques-unes sont déjà en application, et d'autres le seront sous peu, demanderont énormément de temps et d'argent pour être réalisées. Il faudra, malgré tout, les mettre à exécution, si l'on ne veut assister, dans un avenir très prochain, à la ruine de l'Algérie, immobilisée par le manque de main-d'œuvre.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLARD. — Les Indigènes Algériens à Paris. Enquête du Quotidien (21-31 octobre 1928).
- ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR DE PARIS (COLLECTION).
- ARCHIVES DE L'INSTITUT PASTEUR D'ALGÉRIE (COLLECTION).
- ARDIN-DELTEIL. — Rapport sur le choix d'un emplacement destiné à la création d'un sanatorium populaire en Algérie. — Algérie Médicale N° 7, juillet 1927.
- ASTRUC. — Pratiques révulsives chez les Musulmans de l'Afrique du Nord. — Thèse Toulouse 1912.
- AUBRY. — La Pathologie Nord-Africaine. Leçon Inaugurale du 6 mars 1929. — Algérie Médicale, mars 1929.
- BERTHERAND. — Médecine et Hygiène des Arabes. Paris, GERMER-BAILLIÈRE 1855.
- BRAULT. — Pathologie et Hygiène des Indigènes Musulmans d'Algérie. — Alger, Ad. Jourdan 1905.
- BRUNSWIC-LEBIHAN. — La Tuberculose chez les Arabes. Congrès International de la Tuberculose. PARIS 1905. MASSON 1906.
- CALMETTE. — L'Infection bacillaire et la Tuberculose. MASSON.
- Sur les conditions d'emploi du BCG pour la prémunition des sujets adolescents ou adultes. — Archives de Médecine Militaire, octobre 1927.
 - Vaccination préventive des nouveaux-nés contre la tuberculose. — Archives de Médecine Militaire, 10 janvier 1928.
 - Vaccination préventive de la Tuberculose par le BCG. Annales de l'Inst. Pasteur de Paris, déc. 1928 (12 bis).
 - Pratique et résultats connus de la vaccination de la tuberculose des enfants du premier âge par le BCG en France. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 6 novembre 1928.
 - Sur la vaccination préventive de la tuberculose par le BCG. Son innocuité et ses effets sur la réduction de la mortalité générale infantile. AIPP, janvier 1930.

- CHASSEVANT. A. — Organisation de la défense sociale contre la Tuberculose. — Journal de Médecine et de Chirurgie de l'A. du N., N° 3, mars 1926.
- La Médecine sociale en Algérie. — Journal de Méd. et de Chir. de l'A. du N., N° 6-7, juin-juillet 1926.
- CANTACUZÈNE, CIUCA, NASTA, VEBER et ALEXIS. — Trois années de vaccination anti-tuberculeuse en Roumanie (1926-1929). Archives Roumaines de Pathologie exp. et de Microb. (Masson).
- COMPTE-RENDUS DU BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE D'ALGER. (COLLECTION.)
- DUPLENNE. — Tuberculose chez les Indigènes Musulmans. — Thèse Paris 1927.
- DEPONT Octave. — Les Berbères en France. — Bulletin du Comité de l'Afrique Française N° 9, septembre 1925.
- ELADHI. — L'infection tuberculeuse chez les Indigènes Musulmans d'Algérie. — Thèse Alger 1929.
- GROSFILLEZ. — Les essais de prémunition de la tuberculose par le BCG dans les troupes coloniales. — Archives de Médecine Militaire, oct. 1927.
- GUÉRIN. — Conservation du BCG congelé dans des bouteilles « Thermos ». AIPP, novembre 1927.
- HEIMBECK. — Sur la vaccination contre la tuberculose par injections sous-cutanées de BCG chez les adultes ne réagissant pas à la tuberculine. — AIPP, Février 1928.
- Sur les conditions d'emploi de la vaccination BCG par voie sous-cutanée chez les sujets de tous âges ne réagissant pas à la tuberculine. — AIPP, août 1928.
- Sur la vaccination préventive de la tuberculose par injections de BCG chez les élèves-infirmières de l'Hôpital Ulleval. — AIPP, octobre 1929.
- LEMAIRE G. — La Tuberculose chez l'Indigène Musulman d'Algérie. — Sud Médical et Chirurgical, 15 sept. 1923.
- Le traitement des tuberculeux en Algérie. — Journal de Médecine et de Chirurgie de l'A. du N., N° 5, mai 1926.
- Hygiène Sociale. — Algérie Médicale, mars 1927.

- Rapport semestriel au Préfet sur l'état sanitaire de la Ville d'Alger. — Bulletin Sanitaire de l'Algérie, N° 386, janvier 1930.
- Faut-il démolir la Casbah? « Echo d'Alger », 11 fév. 1930.
- LEMAIRE, AUBRY et THIODET. — Paludisme et Tuberculose. — Journ. de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord. N° 4, Avril 1924.
- LAPIN. — La Lutte contre la Tuberculose au Maroc. — Maroc-Médical, N° 28, 15 avril 1930.
- MARGAILLAN. — Tuberculose, Maladie sociale. — Thèse Alger 1921.
- MEINARD. — Rapport sur la Tuberculose osseuse et ganglionnaire des Soldats musulmans traités à l'Hôpital Militaire d'Arzew. 21 janvier 1918.
- MERCIER. M. — Etude sur la crise de la main-d'œuvre en Algérie. — Alger, Carbonnel 1929.
- MOUZON (de). — La Tuberculose et la lutte anti-tuberculeuse en Algérie. — Thèse Montpellier 1907.
- NOGARO et WEIL. — La main-d'œuvre étrangère et coloniale pendant la guerre. — Publications de la Dotation Carnegie. Les Presses Universitaires de France, Paris.
- OUALID William. — L'Immigration algérienne en France. — Bulletin de l'Immigration, N° 3 et 4, juillet et septembre 1927.
- PARIZOT, FERRIER et SALEM. — Le pus des abcès consécutifs aux injections vaccinales de BCG. — Revue de la Tuberculose, février 1929.
- RAYNAUD Lucien. — Note pour M. Mirante, Directeur des Affaires indigènes au Gouvernement Général. 30 janv. 1925.
- Rapport au Gouverneur Général sur l'Emigration des Indigènes vers la Métropole. 14 mars 1929.
- Note au Directeur du Commerce, de l'Industrie, du Travail et de la Prévoyance Sociale sur les Travailleurs Nord-Africains. 11 juillet 1929.
- REMLINGER. — La Tuberculose à Tanger. — Maroc-Médical, 15 septembre 1928.
- La main-d'œuvre marocaine en France et la propagation de la Tuberculose au Maroc. — Maroc-Médical, 15 mars 1928.

- SCHEEL, SCHULTZ et SKAAR. — Cuti-réactions de la tuberculine et vaccinations par injections de BCG en TRYSIL. — AIPP, janvier 1930.
- TREMSAL. — Un siècle de Médecine Coloniale Française. — Thèse Alger 1928.
- VIALLET. — Paludisme et Tuberculose. — Thèse Lyon 1910.
- VIDAL. — Congrès International de la Tuberculose. Paris 1905. Masson 1906.
- VIOLLE. — Le Service de L'Immigration à Marseille. — Revue de d'Hygiène, septembre 1926.
- WEILLHALLE et TURPIN. — La vaccination des Indigènes Coloniaux, venus en France, par le BCG. — Revue de la Tuberculose, février 1929.
-

ADDENDUM

Notre travail étant sous presse, nous avons connaissance du vœu suivant, présenté fin mars 1930, au Congrès des Industries Minières, à Alger, par M. le Docteur Pierret :

Le Congrès, *conscient* de l'importance dominante des questions de main-d'œuvre et de leurs étroites liaisons avec l'état sanitaire des populations autochtones, *ému* de l'extension rapide de la tuberculose chez les Nord-Africains employés dans la Métropole, *considérant* la menace d'extinction progressive qu'elle fait peser sur la population indigène, émet le vœu que des mesures méthodiques soient prises d'urgence pour assurer :

1° L'organisation d'une hygiène complète pour la main-d'œuvre à tous points de vue, spécialement : logement, chauffage, nourriture ;

2° La fondation d'hôpitaux et sanatoria spécialisés, destinés à l'hospitalisation et au traitement prévu de tous les indigènes reconnus atteints de tuberculose, afin de s'opposer à la dissémination de cette maladie dans le pays d'origine, pour le retour du porteur de germes incomplètement guéri.

Le Congrès s'associe au surplus entièrement au vœu exprimé le 5 juin 1929 par le Conseil National de la main-d'œuvre relativement à l'Immigration Algérienne dans la Métropole.

Le Congrès compte qu'en présence de l'urgence des mesures à prendre, le Gouvernement et les Législateurs réaliseront les dispositions les plus efficaces pour la protection et la conservation de l'état sanitaire de la population dont ils ont la charge, selon les traditions généreuses et séculaires de la France.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	13

CHAPITRE PREMIER.

La tuberculose chez les Musulmans d'Algérie : Avant la Conquête	15
De la Conquête à la guerre de 1914.....	15
Etat actuel	23

CHAPITRE II.

Changements survenus dans la vie des Indigènes du fait de la guerre : Mobilisation	34
Alimentation (pendant et après les hostilités)	35
Exode des travailleurs indigènes vers les grandes villes :	
Vers la France	38
Vers les villes algériennes	41
Vie en France	42
Lieux d'origine des émigrés	49
Vie du travailleur dans les villes d'Algérie	53

CHAPITRE III.

Expansion de la tuberculose vers les campagnes	58
--	----

CHAPITRE IV.

Mesures prises et à prendre : Réglementation actuelle des départs en France	62
--	----

	Pages
Protection du travailleur indigène en France à ce jour..	69
Mesures proposées : Au départ des Musulmans	73
En France	78
Dans les villes algériennes	81
Au retour des travailleurs	83
Lutte anti-tuberculeuse dans les douars	86
Lutte anti-paludique et anti-syphilitique en Algérie	90
Conclusions	93
Bibliographie	96

Vu :
Le Président de Thèse,
AUBRY.

Vu : *Le Doyen,*
LEBLANC.

Vu et permis d'imprimer :
Alger, le 28 Mars 1939.
P. le Recteur :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
Signé : P. MARTINO.

IMPRIMERIE MODERNE

2, Boulevard Laferrière, 2

o o o ALGER o o o



o Téléphone : 39-34 o

IMPRIMERIE MODERNE

2, Boulevard Laferrière, 2

° ° ° ALGER ° ° °



° Téléphone : 39-34 °